FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges BOQUEL

Né à Angers, le 4 février 1898

Interne des Hôpitaux de Paris

LA COLPO-HYSTÉRECTOMIE ÉLARGIE

PAR VOIE COMBINÉE VAGINO-ABDOMINALE

POUR CANCER DE L'UTÉRUS

Président : M. Pierre DUVAL, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1930

DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BINET . . . . Physiologie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentle
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX. . . Parasitologie.
L'ABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MILLOT. . . Histologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	CHÉVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
LÉRI . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT . . .	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale

Nous le remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

ANGERS

M. le Professeur MONPROFIT (*in memoriam*).
M. le Professeur THIBAULT (*in memoriam*).
M. le Professeur BRIN (*in memoriam*).
M. le Professeur TESSON.
M. le Professeur MARTIN.
M. le Professeur DÉNÉCHAU.
M. le Professeur PAPIN.

PARIS

Externat :

1923-1924. M. le Professeur agrégé MOCQUOT.
1924-1925. M. le Docteur H. DUFOUR.
1925-1926. M. le Professeur ACHARD.
1926-1927. M. le Professeur GUILLAIN.

Internat :

1927. M. le Docteur SOULIGOUX (*in memoriam*).
1928. M. le Docteur FREDET.
1929. M. le Professeur agrégé MOCQUOT
— M. le Docteur DEVRAIGNE.
1930. M. le Docteur LAPOINTE.
— M. le Professeur JEANNIN.

LA COLPO-HYSTÉRECTOMIE ÉLARGIE

PAR VOIE COMBINÉE VAGINO-ABDOMINALE POUR CANCER DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

La question du Wertheim est une des plus discutées à l'heure actuelle. Il est non seulement critiqué par les partisans du radium mais il est surtout et avant tout l'objet de discussions de techniques et de méthodes opératoires. Nul n'a oublié les violentes polémiques de la Société de Chirurgie de Paris opposant les partisans du Mickulicz à ceux de la péritonisation, discussion ayant malheureusement revêtu par moments un caractère presque passionnel. Comme il arrive souvent dans ces cas, et il faut le regretter, la plupart des adversaires sont restés sur leur position. Parmi les communications les plus remarquées se trouvait celle de notre Maître M. le Dr Mocquot qui était venu apporter les raisons qui le poussaient à péritoniser ; il fournissait à l'appui une courte mais belle statistique.

Il a pensé que ce sujet valait la peine d'être repris et qu'il n'était pas sans intérêt d'exposer à nouveau la technique un peu spéciale qu'il utilise. Il nous

fit, alors que nous passions notre troisième année d'Internat auprès de lui, le grand honneur de nous proposer ce travail et de nous confier ses observations. Nous nous sommes efforcés d'exposer surtout les avantages considérables que l'on peut retirer de cette technique, les beaux succès qu'elle permet et les grands espoirs qu'elle donne. Si nous n'y sommes qu'imparfaitement parvenus, qu'il veuille bien nous le pardonner.

Que M. le Dr Mocquot veuille bien trouver ici au début de ce travail qu'il a inspiré le témoignage de notre reconnaissance et de notre gratitude pour l'enseignement clinique et opératoire qu'il a bien voulu nous prodiguer quand il nous a accueilli jeune externe arrivant à Paris puis, plus tard, quand il nous a associé à ses travaux comme interne dans son service de l'Hôpital Bichat.

Nos remerciements vont, d'autre part à tous ceux qui, de près ou de loin nous formèrent et nous conduisirent dans nos Etudes Médicales. Que tous ceux qui, directement ou indirectement contribuèrent à nous aider trouvent ici l'expression de notre vive gratitude et de nos remerciements.

I

HISTORIQUE

Quand à la fin du siècle dernier l'on commença à enlever chirurgicalement par voie haute les cancers du col utérin, à faire une hystérectomie élargie, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus en totalité avec une partie du vagin et du tissu cellulaire péri-cervical formant ce que l'on appelle le paramètre, l'on chercha immédiatement à diminuer la mortalité opératoire qui était alors considérable.

Améliorant la technique, l'on en vint à pratiquer la colpohystérectomie élargie qui devint ce que l'on nomme l'opération de Freund-Wertheim, progrès considérable sur les extirpations que l'on avait tentées auparavant, véritables curages du bassin avec ablation des chaînes ganglionnaires, opération d'une mortalité effrayante. Mais, en dehors des accidents de choc, liés à une intervention déjà longue souvent faite chez des femmes ayant atteint la limite de l'opérabilité, la menace de l'infection restait considérable. Immédiatement, l'on reconnut que ce danger résidait au niveau du col utérin, siège d'ulcérations infectées et l'on chercha par divers procédés

à supprimer ce danger. La question est toujours d'actualité, les chercheurs orientés sur diverses voies s'efforcent de diminuer ce risque.

Les uns s'adressèrent directement au col et tâchèrent dans une première phase vaginale de détruire ce foyer ; ils abrasèrent à la curette tranchante les végétations exubérantes, évidèrent ainsi le col, et tout ou une grande partie du tissu néoplasique étant ainsi enlevé, ils s'efforcèrent de le stériliser ; l'on eut recours d'abord au thermocautère puis à l'air chaud, enfin aux agents chimiques. Nombreux sont les chirurgiens qui usent encore de cette méthode. C'est ainsi que l'on utilise suivant sa tendance l'alcool à 90°, la teinture d'iode, le permanganate de potasse, l'acétone, les dérivés de l'aniline, tel le violet de méthyle ou enfin l'iodoforme sous forme de mèches iodoformées. Tous ces agents étant utilisés, soit immédiatement avant l'opération, soit dans les jours précédents associés ou non au curettage des bourgeons néoplasiques.

Ce traitement pré-opératoire présente d'ailleurs une réelle valeur et nous verrons ultérieurement que nous y attachons une grosse importance pour obtenir une désinfection du vagin la plus poussée possible.

A cet ordre d'idées, il faut rattacher les traitements pré-opératoires par les agents physiques, apparus beaucoup plus tard (les rayons ultrats-violets paraissent maintenant abandonnés), mais traite-

ments couramment employés à l'heure actuelle, moins par les rayons X, surtout par le radium.

Mayer à Tubingen et Muller prétendent ainsi avoir obtenu d'excellents résultats par les rayons X préopératoires et avoir abaissé considérablement leur mortalité.

C'est surtout au radium que vont les préférences actuelles. Beaucoup de chirurgiens font précéder leur Wertheim d'un traitement curiethérapique. Ces agents physiques agissent avant tout sur le cancer, mais, visant à cicatriser les ulcérations, ils font disparaître de ce fait, ou tout au moins, diminuer considérablement la septicité du foyer néoplasique.

Tel est un des sens d'orientation de ces recherches : s'efforcer de diminuer l'infection locale en ayant recours aux antiseptiques ou aux agents physiques.

Une autre orientation vise à agir mécaniquement en enfermant le foyer septique de façon qu'il ne puisse venir souiller la plaie pelvienne, méthode qui est d'ailleurs le plus souvent associée à l'une des précédentes.

L'on eût d'abord l'idée de fermer le vagin disséqué par voie abdominale et l'on eût recours ainsi, très rapidement, à des pinces clamps, fortes pinces coudées ou clamp en L de Wertheim, clamp d'Albertin qui viennent comprimer le vagin au-dessous du col et permettent la section au-dessous de leur prise, soit au bistouri, soit au thermocautère, le col utérin étant ainsi enlevé comme dans un sac fermé.

La majorité des chirurgiens utilisent ces pinces et pour la plupart, les pinces en L de Wertheim, mais il est souvent difficile de savoir à quel niveau il faut les mettre, et d'autre part, on peut être gêné pour faire la section au fond d'un bassin quelquefois étroit.

Frappés de ces inconvénients, diversauteurs cherchèrent à enlever l'utérus, non plus par en haut à la fin de Wertheim, mais par en bas, c'est ainsi que Wertheim lui-même et Hoffmann proposèrent chacun de leur côté des procédés que nous comparerons plus tard à celui qui fait l'objet de cette étude, procédés abandonnés à l'heure actuelle.

La réalisation de l'abdomino-périnéale pour le cancer du rectum avait été un progrès considérable et permettait bien des espoirs. C'est à réaliser pour l'utérus ce qui avait été fait pour le rectum que s'attachèrent MM. Quénu et Duval. Ils présentèrent en 1908 dans la *Revue de Chirurgie* un procédé qui permettait, suivant leur expression « d'extirper le canal génital comme un sac septique fermé ». Ce procédé découlait d'ailleurs d'anciennes méthodes utilisées au début de l'hystérectomie et tombées dans l'abandon. La désinsertion du vagin par voie basse, temps initial de l'hystérectomie, procédé utilisé par Bardenheuer, Rouffart en 1891, Jacob, 1893, Routier en 1897 et Truzzi en 1900.

La méthode préconisée par MM. Quénu et Duval présentait l'inconvénient de nécessiter l'ablation complète du vagin, ce qui provoquait une large sur-

face cruentée pelvienne. Rapidement, ce procédé fut simplifié et dès 1909 ; à l'occasion d'observations de M. Chevassu, MM. Delbet et Walter montraient que l'ablation totale du vagin n'était pas nécessaire et que l'on pouvait, comme ils le faisaient eux-mêmes, se contenter de la section au tiers moyen ou même au tiers supérieur.

C'est ce procédé simplifié que nous nous proposons d'exposer dans ce travail lui donnant à l'appui des observations s'échelonnant depuis 1914 jusqu'à 1930.

II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Dans toutes les interventions qui ont servi pour établir ce travail, la technique a toujours été la même à quelques variantes près, section plus ou moins haute du vagin, ligature préventive ou non de l'hypogastrique, drainage ou non. Ces variantes seront reprises ultérieurement et sont indiquées à chacune des observations. Toutes les interventions furent faites par M. le Dr Mocquot.

1° **Soins préopératoires**. — La malade est hospitalisée en moyenne 5 à 6 jours avant l'intervention quelquefois plus mais pas moins de 5 jours, temps nécessaire pour se rendre compte de son état général.

La température est prise régulièrement matin et soir afin de s'assurer que la femme est en état d'apyrexie.

Si on le juge nécessaire, on fait un dosage d'urée ; cette précaution qui peut être négligée chez une femme jeune, à condition qu'il n'existe pas de gangue pelvienne est indispensable chez une femme

atteignant la ménopause ou l'ayant dépassée, en effet, à cette période, il faut toujours se méfier de la présence de sclérose artérielle et rénale, un taux anormal d'urée sanguine serait une contre-indication tout au moins temporaire à une intervention chirurgicale et commanderait de différer de quelques jours au moins une opération déjà grave par elle-même chez une femme ayant ses fonctions intactes.

Il va de soi que l'examen général de la femme doit être pratiqué, que l'on doit avoir examiné avant l'intervention, dans les jours qui précèdent, les poumons et le cœur, la tension artérielle aura été prise, les urines auront été examinées au point de vue de la recherche du sucre et de l'albumine.

Ce séjour passé à l'hôpital est indispensable pour mettre la femme au repos et l'amener dans les meilleures conditions physiques à supporter l'intervention. Pendant ce temps, l'on procède à l'évacuation intestinale, point très important car il ne faut pas oublier que ces femmes sont souvent des constipées et, d'autre part, que l'intervention elle-même peut être rendue pratiquement impossible, comme nous l'avons vu nous-mêmes chez la femme de l'observation n° 62, par suite de la distension gazeuse intestinale. Il faut donc, de toute nécessité, que l'intestin soit vidé, aussi, prend-t elle deux jours avant l'intervention une purgation d'huile de ricin et la veille au soir. lui administre-t-on un lavement évacuateur.

L'on a soin enfin, puisque l'intervention doit commencer par un temps vaginal, de faire une désinfec-

tion aussi poussée que possible du vagin en donnant des injections répétées à la liqueur de Labarraque ou au Dakin et des injections iodées. Enfin, on peut encore pendant ce temps préparatoire, administrer à la malade des gouttes de digitaline et même lui faire des injections de sérum.

Ce temps passé à l'hôpital avant l'intervention est d'une importance capitale car il permet d'amener à la Salle d'opérations une femme reposée qui a été examinée au point de vue état général et qui se présente ainsi dans les meilleures conditions pour supporter une très sérieuse opération, une des plus graves que l'on puisse faire.

Une demi-heure environ avant d'être amenée à la Salle d'opérations, elle reçoit une piqûre de 1 centigramme de morphine. Dans un cas, l'on fit absorber à la malade 5 centigrammes de gardénal ; elle ne reçut pas de morphine, le résultat en fut des plus satisfaisant. Enfin, au dernier moment, elle est sondée et la vessie complètement vidée.

2° **Anesthésie**. — L'anesthésie utilisée et la rachianesthésie faite avec 12 centigrammes de syncaïne ; cette dose donne une anesthésie et un silence abdominal complet. Ce point présente une très grosse importance car dans une telle intervention, on ne le répètera jamais assez, *il faut voir clair*. L'intervention serait matériellement impossible si la malade poussait.

Dans certains cas, la rachianesthésie fut insuffi-

sante pour terminer le temps abdominal et l'on fut obligé de compléter au moment de la fermeture de la paroi par quelques bouffées d'éther ou de Schleich donné avec l'appareil d'Ombredanne ou quelques gouttes de chloroforme à la compresse.

Nous pensons que cette façon de procéder est beaucoup moins choquante qu'une anesthésie prolongée, soit avec de l'éther, soit avec du chloroforme, anesthésie qui doit être très poussée et prolongée nécessitant l'absorption de fortes doses d'anesthésiques. Nous pensons que cette rachianesthésie est pour une certaine part dans les résultats post-opératoires que nous avons obtenus. La plupart des chirurgiens pensent de même, car dans les relevés que nous avons pu faire, ceux qui y eurent recours s'en louent et certains même, lui attribuent une grande part dans les résultats qu'ils ont obtenus. Cependant ce mode d'anesthésie n'est pas encore parfait et l'un des reproches que l'on peut lui adresser est son irrégularité, donnant tantôt un résultat parfait, tantôt un résultat imparfait avec une technique identique.

La ponction rachidienne est faite en position assise et l'injection est poussée d'un seul coup mais sans brusquerie.

3° **Intervention**. — Comme nous l'avons déjà laissé entendre, cette intervention est faite en deux temps successifs :

Un premier temps périnéal ou mieux : vaginal et

un deuxième temps abdominal qui le suit immédiatement.

a) Temps vaginal : la malade est mise en position gynécologique, la table haute pour pouvoir opérer debout et légèrement basculée, toute la région périnéale est largement iodée en même temps, on introduit avec une pince un tampon iodé dans le vagin ; ce iodage du vagin sera complété ultérieurement sous la vue avec des valves.

Les champs étant disposés de façon à ne laisser que la vulve découverte, c'est alors que l'on introduit une valve qui va permettre d'ioder les divers replis muqueux, le fond du vagin et le col utérin. Si le col est le siège d'une forme végétante de cancer, l'on peut abraser ce champignon à la curette et au thermocautère ; sinon, la dissection de la collerette vaginale va aussitôt commencer.

Avec des pinces de Kocher (fig. 1) l'on fait un pli au niveau de la paroi postérieure du vagin. On ne peut établir de règle sur le point où va porter la section. Celle-ci, en effet, va être faite « à la demande » en tissu sain plus ou moins haut suivant l'extension des lésions. Dans la majorité des cas, la section porte à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur mais nous pensons que mieux vaut une section basse laissant un court infundibulum vaginal que de passer comme certains le prétendent suffisant à quelques millimètres au-dessous des lésions. Ce pli muqueux est ouvert aux ciseaux courbes et aussitôt le plan de clivage recto-vaginal atteint, la

section est poussée latéralement avec les ciseaux, à droite, puis à gauche pour se rejoindre en avant sur la paroi antérieure du vagin. L'on repère en même temps la tranche de section supérieure avec

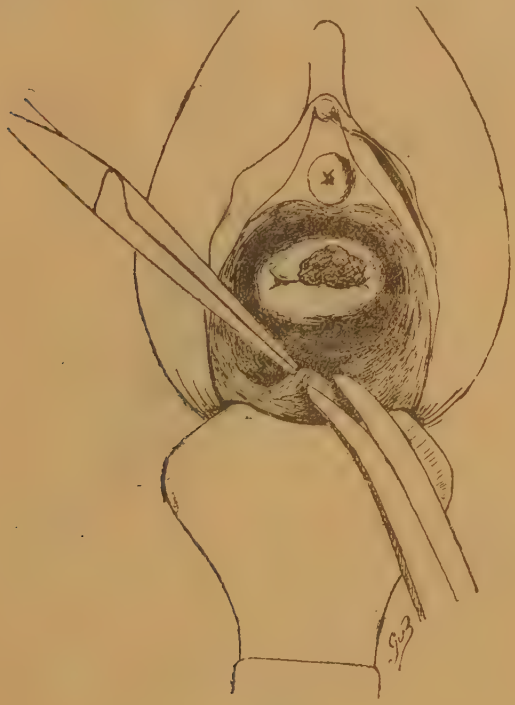


Fig. 1

des pinces de Kocher et l'on amorce très légèrement le décollement du bout supérieur du vagin de façon à avoir une collerette suffisante pour pouvoir la fermer par un surjet, ce qui va être fait le plus tôt possible avant de poursuivre la dissection, de façon à enfermer complètement le col de façon étanche afin qu'on ne puisse plus avoir de contact avec ce milieu septique.

La collerette étant tendue par les pinces de Kocher, l'on en suture étroitement les lèvres (fig. 2) par un surjet passé et serré au fil de lin. *Ce surjet doit être étanche* et empêcher toute issue de liquide sep-

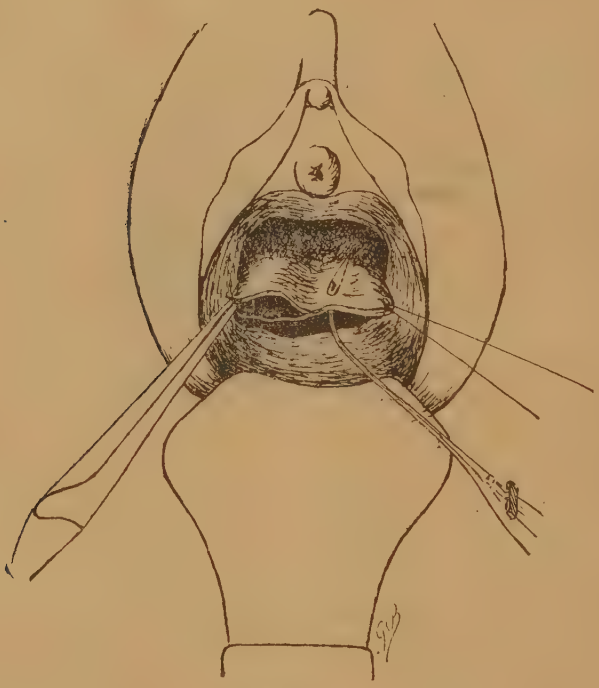


Fig. 2

tique. A partir de ce moment l'utérus est en vase clos et va pouvoir être enlevé comme tel.

La dissection n'est poursuivie vers le haut qu'après la fermeture du bout supérieur du vagin. Ce décollement est poussé avec les ciseaux mousses en avant et en arrière. En arrière jusqu'au cul-de-sac de Douglas, en avant sur une hauteur de

3 à 4 cmc. et latéralement de manière à isoler les pédicules vaginaux et en préparer la ligature. Pour ce décollement, on utilise les plans de clivage recto-vaginal et vésico-vaginal.

Une fois cette dissection faite, l'on va refouler en

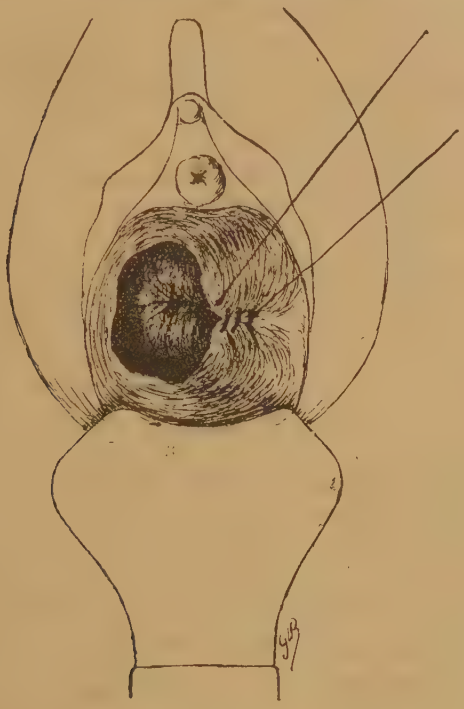


Fig. 3

haut l'utérus et le bout supérieur du vagin et fermer en avant d'eux le bout inférieur du vagin (fig. 3). Cette suture se fait au moyen d'un surjet passé au catgut. Dans cette suture, on doit invaginer les lèvres de la tranche de section de façon qu'il y ait adossement par les faces cruentées de la sous-muqueuse et non par les faces muqueuses. Ces divers temps

sections et décollements n'entraînent qu'une hémorragie minime dont il est aisé de se rendre maître.

Ce temps vaginal terminé, la malade est remise en position horizontale et l'on prépare tout pour une intervention par voie abdominale. A ce moment, l'on change tout le matériel chirurgical, boîtes de champs, boîtes de compresses, plateaux, instruments, les opérateurs changent de gants et de blouses ; c'est une nouvelle intervention qui va commencer. Rien de ce qui a servi pour le 1er temps ne doit pouvoir être utilisé pour le 2e.

b) *Temps abdominal.* — La paroi abdominale est largement iodée puis les champs sont disposés. Nous n'insisterons pas sur les premiers temps de cette intervention qui sont ceux de toute laparotomie médiane sous-ombilicale. Nous n'insisterons que sur certains points :

1° La malade doit être en position de Trendelenburg, souvent l'on est obligé d'incliner la table au maximum de façon à reporter toute la masse intestinale sous le diaphragme, comme nous l'avons déjà dit, l'on a jamais trop de jour pour cette intervention. Cependant quand cela est possible nous préférons une inclinaison moindre.

2° Pour la même raison, l'incision doit être plutôt longue et déviée légèrement à gauche de l'ombilic.

3° Toujours pour cette raison, il faut utiliser soit une valve munie d'un cadre, soit des écarteurs latéraux fixes écartant bien les muscles abdominaux

tels les écarteurs de Ricard ou l'écarteur de Gosset d'ailleurs plus traumatisant pour la paroi.

4° Enfin, on ne se garnira jamais assez, de larges compresses abdominales doivent, non seulement masquer et refouler les anses intestinales et boucher tout orifice par où celles-ci peuvent faire issue, mais aussi recouvrir les lèvres de l'incision pariétale. On ne doit plus voir de peau ni de tranche musculaire ou graisseuse. Nous ne pensons pas utile cependant d'ourler le péritoine aux champs par des points comme le font certains chirurgiens. Une bonne garniture nous paraît suffisante du moment que le col est bien enfermé par un surjet serré. Avec cette technique, il n'y eut aucune infection pariétale et nous n'avons pas constaté de métastase dans la cicatrice abdominale.

La laparotomie faite, les champs de garniture disposés, l'hystérectomie va commencer.

L'utérus ne sera dans aucun cas saisi avec des pinces de Museux, celles-ci déchirant et pouvant ouvrir une cavité utérine siège quelquefois de pyométrie même dans les cas de cancer du col. Si cet accident se produisait, le bénéfice que l'on escompte du temps vaginal serait perdu et la conduite opératoire ultérieure fortement modifiée.

Les hysterolabes mousses ne donnent pas en général une prise suffisante et glissent plus ou moins. Aussi, avons-nous recours à deux grandes pinces de Kocher qui vont prendre latéralement le corps utérin au niveau des cornes, le fixer solidement et,

d'autre part, empêcher le reflux du sang après section des annexes. C'est cette disposition que nous avons représentée dans les divers schémas tendant à expliquer les phases de l'intervention abdominale.

Pour faciliter les diverses manœuvres qui vont être faites au fond du bassin, l'on pratique l'ablation des annexes des deux côtés, d'abord du côté droit, puis du côté gauche. L'annexe étant saisie dans une pince à anneaux, le pédicule utéro-ovarien est tendu et, sans poser de pince préalable, l'hémostase est faite en passant un catgut au moyen d'une aiguille courbe. Ce pédicule étant lié, on va le sectionner en dedans de la ligature et procéder de même pour le ligament rond. Celui-ci est coupé à son tour et l'on enlève les annexes en sectionnant la trompe en dehors de la pince qui maintient la corne utérine. Ainsi, il n'y a pas de reflux de sang. Celui-ci étant arrêté par la pince de Kocher et, d'autre part, le champ opératoire toujours restreint n'est pas encombré par les annexes et les pinces hémostatiques.

En ce moment de l'intervention. il reste : au milieu, l'utérus encadré par les deux pinces qui le fixent et, latéralement, les deux ligaments larges dont les bords supérieurs sont sectionnés et ouverts.

Au lieu de poursuivre comme le faisait Wertheim, la section du péritoine en avant entre la vessie et l'utérus au niveau du cul-de-sac utéro-vésical pour rechercher l'uretère au niveau de la corne vésicale, il est préférable, suivant la technique de Bumm, d'ouvrir le ligament large à la façon des feuillets

d'un livre et de rechercher l'uretère en arrière et en haut le long du feuillet postérieur qu'il suit dans ce décollement.

Cette recherche et cette libération des uretères est un des temps importants de l'opération de Wertheim et toute hystérectomie totale où l'on n'a pas vu et pas libéré les uretères, n'est pas une opération de Wertheim. Mais, comme insiste Wagner, libérer les uretères est le temps essentiel mais non suffisant, ce n'est qu'un temps préparatoire à l'ablation du tissu cellulaire et lymphatique du petit bassin.

Pour cette recherche, il paraît préférable de commencer à droite, l'utérus étant fortement attiré et récliné à gauche comme il est représenté dans la figure 4. Les deux feuillets antérieur et postérieur du ligament large sont pris chacun dans une pince plate ou mieux une pince en cœur ou anneaux et écartés ; avec la sonde cannelée, on peut facilement dédoubler le ligament, exposant ainsi la base du ligament large. C'est en arrière contre le feuillet postérieur qu'il faut le rechercher. En effet, dans ce dédoublement, l'uretère avec la gaîne péri-urétérale reste solidaire de ce feuillet péritonéal.

Celui-ci étant reconnu est suivi et libéré progressivement d'arrière en avant. Mais, comme insiste Lecène, il faut faire dans tout ce temps important une *libération* et non une dissection. L'uretère ne doit pas être suivi de trop près, la dissection au plus près de l'uretère serait en effet une faute, car on peut ainsi le priver d'une partie de sa vascularisa-

tion et l'on s'expose à la nécrose partielle de ce conduit et à des fistules urinaires.

Ayant donc repéré l'uretère, nous le suivons au niveau de sa face supérieure avec la sonde cannelée ou les ciseaux mousse fermés jusqu'au niveau de son croisement avec les vaisseaux utérins, artères et veines.

L'utérine est alors soulevée au niveau de son croisement, une pince de J.-L. Faure est mise sur elle à ce niveau, sous le contrôle de la vue, l'uretère ne pouvant donc pas être pris. Mais ce n'est pas en ce point que la ligature va être faite, cette pince sert actuellement de repère et, ultérieurement, empêchera le reflux du sang après la section du pédicule. Elle va permettre de tendre le pédicule, de le suivre le plus loin possible en dehors pour aller porter la ligature contre la paroi pelvienne, une autre pince de J.-L. Faure est mise en ce point, le vaisseau est sectionné et la ligature est faite (fig. 4).

La libération de l'uretère est maintenant poursuivie en avant. On achève de le libérer sur toutes ses faces en arrière du croisement, puis l'on gagne progressivement en avant vers l'abouchement vésical. Le tissu cellulaire est refoulé avec le bec des ciseaux mousses fermés, des parois pelviennes vers l'utérus de façon à en enlever le plus possible, l'on en récline en ramenant vers l'utérus le pédicule utérin sectionné mais on se garde d'enlever la pince qui empêche le reflux du sang veineux qui inonderait rapidement le fond du pelvis.

Il faut, à ce moment, lier un petit pédicule vasculaire artériel et veineux qui se détache au-dessus de l'uretère et gagne vers la corne vésicale, pédicule

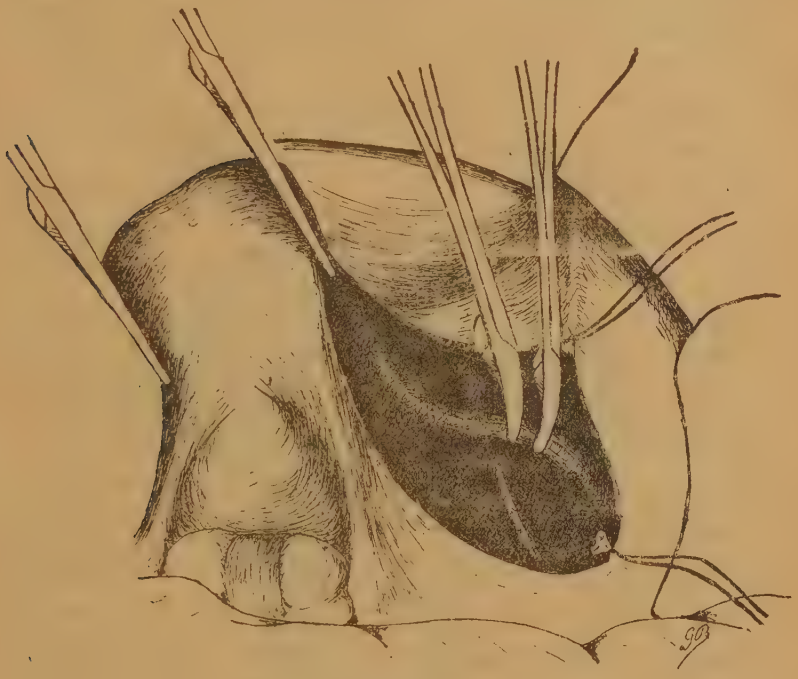


Fig. 4

constant que J.-L. Faure appelle le pédicule de la corne vésicale.

L'uretère ayant été entièrement libéré d'un côté, l'on va procéder de même de l'autre côté, mais il faut se rappeler que si la libération ne doit pas être poussée trop loin et serrée de trop près, il est indispensable cependant d'enlever le plus possible du tissu cellulaire formant le paramètre, d'autre part,

il est indispensable pour bien lier et sectionner ultérieurement les ligaments utéro-sacrés, de bien libérer l'uretère en arrière car ceux-ci lui sont sous-jacents. Mais il faut procéder doucement pour ne pas déchirer les veines avant de les pincer ou de les lier.

Dans ce temps de libération des uretères et d'ablation du paramètre, il est indispensable d'avoir une bonne hémostase. Ce n'est pas le sang artériel qui est gênant mais le sang veineux qui sourd on ne sait pas d'où et envahit rapidement le champ opératoire. La ligature de l'utérine loin contre la paroi pelvienne supprime une bonne partie du sang allant au dôme du vagin et au paramètre ; pour achever l'hémostase, il faudra dans un temps final, lier les vaisseaux des lames utéro-sacrées ; ce qui importe donc, c'est d'empêcher le reflux du sang veineux ; c'est pourquoi, il est indispensable de maintenir une pince sur le pédicule utérin et de faire soigneusement l'hémostase du pédicule de la corne vésicale. Il ne faut pas avoir à placer d'autres pinces en dehors de celles étreignant le pédicule.

Les deux uretères ayant été dégagés à droite et à gauche, l'utérus n'est plus fixé qu'en avant par le cul-de-sac péritonéal utéro-vésical et en arrière par les lames utéro-sacrées.

On achève donc en avant la section du péritoine, complétant au besoin le décollement vésico-vaginal et l'utérus bascule en arrière, entraînant avec lui

le paramètre qui lui est adjacent. Dans le fond, apparaît le vagin suturé (fig. 5).

L'utérus n'est donc plus maintenant fixé qu'en arrière par les deux lames utéro-sacrées qui se tendent, limitant le cul-de-sac de Douglas et par les

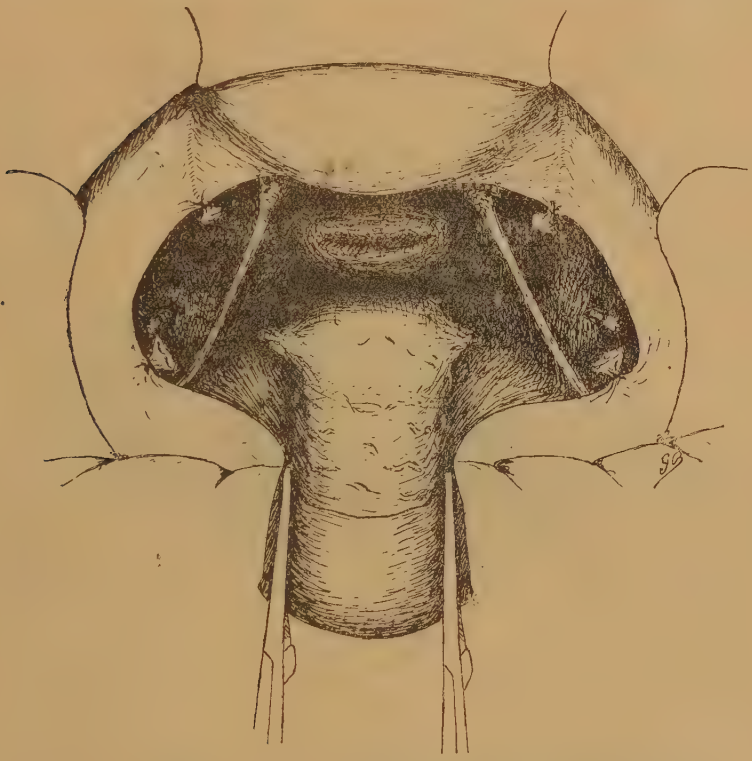


Fig. 5

pédicules cervico-vaginaux, segment sous-urétéral du paramètre.

Le fond du cul-de-sac est incisé transversalement et l'on procède méthodiquement à la ligature de ces ligaments et pédicules.

Cette ligature ne sera pas faite en une fois mais de proche en proche par petits paquets que l'on sectionne un à un (fig. 6). Il faut ainsi lier trois ou quatre paquets qui contiennent les branches artérielles et veineuses venant des hémorroïdales

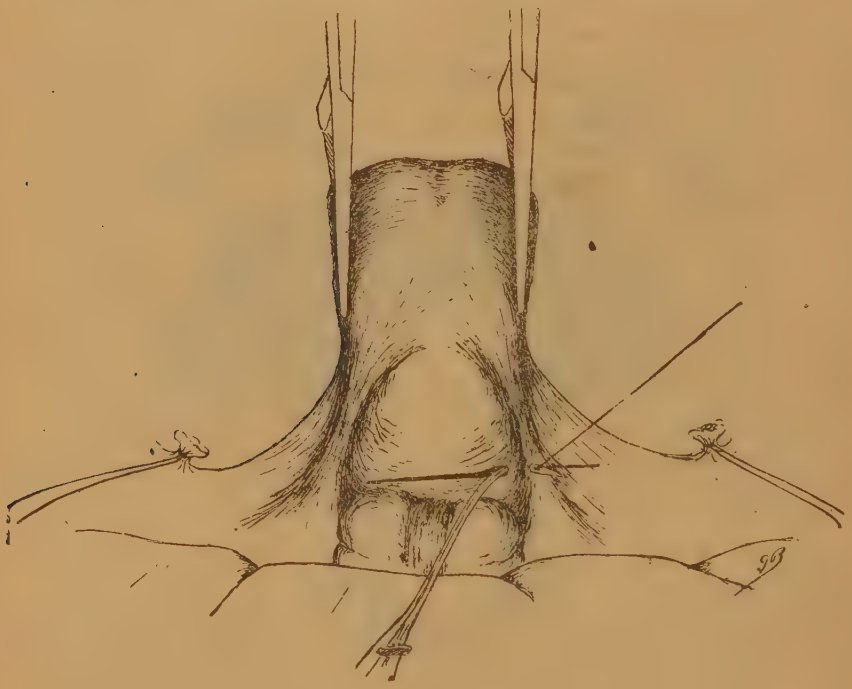


Fig. 6

moyennes, c'est aussi dans ce temps qu'on lie la vaginale longue quand elle existe et les grosses veines venant du dôme vaginal qui sont sous-jacentes à l'uretère. Pour que ces ligatures soient bien faites, il faut donc qu'auparavant l'uretère ait bien été libéré à ce niveau.

Ces lames sectionnées, l'utérus est enlevé et l'as-

pect du bassin est alors celui représenté figure 7 avec, dans le fond, le vagin sectionné et suturé ; latéralement, les deux uretères visibles dans presque toute leur traversée pelvienne. Il faut vérifier avec soin l'hémostase. Il ne faut pas de suintement san-

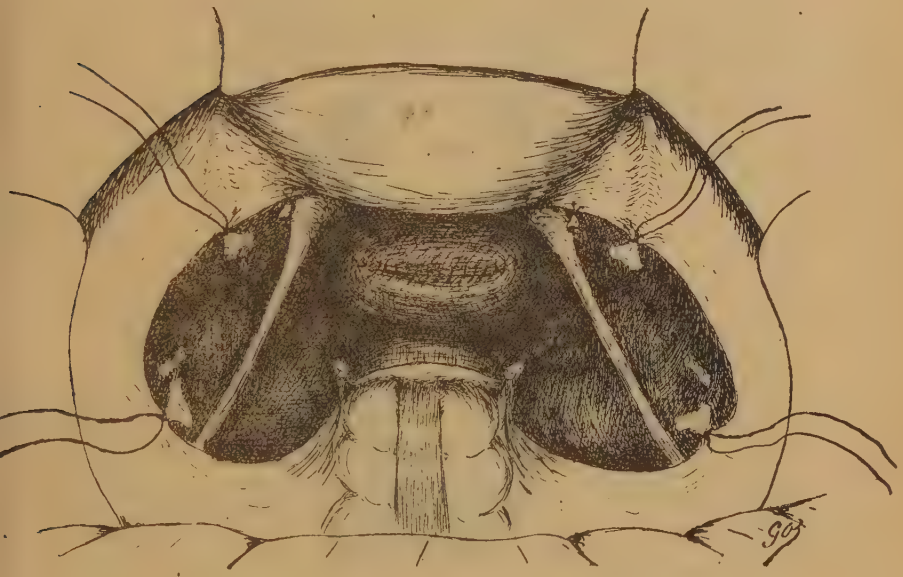


Fig. 7

guin persistant, l'hémostase doit être parfaite si l'on veut une bonne réussite ultérieure.

L'on va péritoniser, refaire le péritoine pelvien en suturant entre eux ce qui reste des deux feuillets du ligament large et amener le péritoine vésical au péritoine du Douglas par un long surjet pas trop

tendu, serré et soigneusement fait, mais conduit exactement de la même façon que dans une hystérectomie ordinaire. Il ne faut pas que ce surjet soit tendu en corde mais ait une certaine souplesse

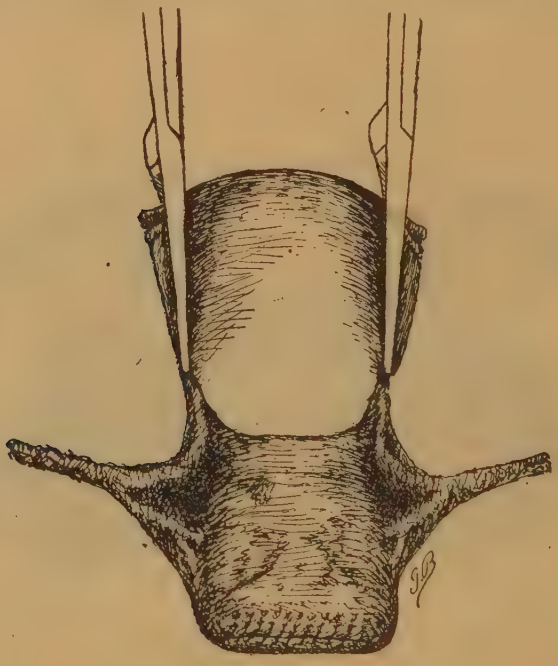


Fig. 8

pour que le péritoine vienne s'appliquer sur les surfaces cruentées.

Avant de refermer la paroi, on laisse un drain du calibre du doigt, ce drain intra-péritonéal descend jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas et sort au bas de l'incision abdominale au-dessus du pubis.

La paroi est suturée en trois plans et le pansement est fait comme d'habitude. Avant d'emmener

a malade; on lui met une sonde vésicale à demeure, sonde de Petzer ou de Malécot afin d'éviter la répression de cet organe, sa distension, les mouvements et les frottements qui en résultent, la vessie est ainsi mise au repos et ne peut irriter cette région fortement cruentée.

4° **Soins post-opératoires.** — La malade reconduite dans son lit y est aussitôt traitée comme si elle était en état de choc, elle est immédiatement enveloppée dans des alaizes chaudes. On lui met des boules chaudes et, d'autre part, elle reçoit immédiatement une injection sous-cutanée de 250 centimètres cubes de sérum salé ou glucosé et on lui fait une piqûre de 5 centimètres cubes d'huile camphrée. Cette thérapeutique est renouvelée dans la journée si on le juge nécessaire. C'est ainsi que certaines de nos opérées ont reçu 500 et même 1.000 centimètres cubes de sérum et 20 centimètres cubes d'huile camphrée. Dans la soirée, on leur fait pour la nuit une piqûre de 1 cmc. de morphine.

Le lendemain, en général, on ne renouvelle pas cette thérapeutique sauf l'huile camphrée à petites doses et la piqûre de morphine pour la nuit.

Le drain est en général enlevé le deuxième jour après l'intervention. Le plus souvent, il n'a donné qu'un peu de sérosité sanglante. Ce même jour, la malade reçoit un petit lavement évacuateur. Dans certains cas, par mesure de prudence, l'ablation du drain a été reculée au 3e ou même au 4e jour.

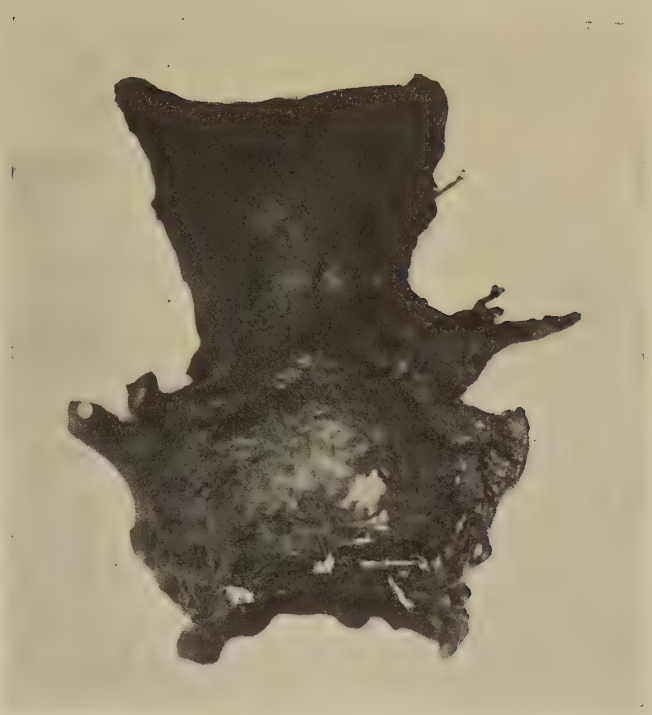
Le troisième ou le quatrième jour, la malade reçoit une purgation d'huile de ricin.

Le cinquième jour ou le 6e jour, après un lavage vésical au nitrate d'argent très faible, on enlève la sonde vésicale.

Le sixième jour, on enlève de gros fils de lin maintenant un bourdonnet.

Les autres fils maintenant réunie la plaie cutanée sont enlevés le dixième ou le onzième jour. Dans les cas favorables, la malade se lève vers le 18e jour et peut sortir de l'hôpital à partir du 21e jour. 17 de nos malades (soit 26,5 %) sont ainsi sorties du 20 au 23e jour et 33 de nos malades (soit 51,5 %) sont sorties moins d'un mois après l'intervention.

Il va de soi que la température rectale est prise régulièrement deux fois par jour, de même que le pouls. D'autre part, on recueille les urines et on en note chaque jour la quantité.



N° 64

N° 65

III

COMPARAISON AVEC LES AUTRES TECHNIQUES ABDOMINO-PÉRINÉALES

Nous avons déjà dit que cette technique dérive de celle proposée par MM. Quénu et Duval dans la *Revue de Chirurgie* du 10 juin 1908. Elle en diffère cependant par l'exécution du temps périnéal.

MM. Quénu et Duval faisaient une colpectomie totale. En effet, la section circulaire était faite très bas. C'était une incision vulvaire passant en pleine fourchette vulvaire, à la face interne des petites lèvres et en avant sous l'urètre à quelques millimètres au-dessous du méat, la dissection du vagin était poussée en arrière, jusqu'au cul-de-sac de Douglas, puis en avant on faisait un décollement vagino-urétro-vésical, décollement d'ailleurs plus difficile dans la portion urétrale que dans la portion vésicale, il était poussé jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, une valve sous-vésicale relevait la vessie et les uretères. Enfin, le vagin était libéré latéralement mais en deux temps : dans un premier temps, jusqu'au plancher, puis dans un deuxième temps : jusqu'au dôme vaginal. Ce n'était que lorsque le plancher était atteint qu'on suturait

soigneusement le vagin ou mieux la vulve, puis, cette suture faite, la libération était continuée latéralement jusqu'au dôme vaginal. Cette dissection latérale demandait des soins assez particuliers par suite de la présence des pédicules vasculaires qui nécessitaient une hémostase complète et minutieuse. Le vagin complètement libéré, il fallait, après l'avoir refoulé en haut, drainer et tamponner cette vaste surface cruentée qui suintait inévitablement. L'on plaçait un drain et quatre mèches étroites sur les quatre faces du drain, puis, en avant de ce tamponnement, on rétrécissait la fente vulvaire par adossement longitudinal des petites lèvres.

Dans le deuxième temps abdominal, après l'ablation de l'utérus, on cherchait à bien péritoniser le fond du bassin au-dessus du large drainage établi par en bas et, en plus, désirant élever une barrière séparant de la grande cavité péritonéale, on faisait un cloisonnement colo-vésical, un drain de sûreté sus-pubien était en outre laissé deux à trois jours.

Cette technique, lors de sa publication avait été par deux fois utilisée par ses auteurs avec des résultats satisfaisants. Ultérieurement, M. Duval en rapporta un autre cas à la Société de Chirurgie. Ce cas fut l'occasion d'un rapport de M. J.-L. Faure.

M. Chevassu en a rapporté trois cas en 1909 à l'Association Française pour l'étude du cancer avec deux succès et un insuccès, mort du fait du choc opératoire. A cette occasion, M. Legueu rapporta qu'il avait pratiqué cette intervention mais qu'elle

lui était apparue comme grave. M. Delbet disait l'avoir aussi pratiquée et lui reconnaissait une assez grosse difficulté d'hémostase du dôme vaginal et une gravité assez grande liée à un choc opératoire souvent très accusé et pouvant entraîner la mort.

Lors de la discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie à la suite de l'observation de M. Duval, M. J.-L. Faure, qui avait pratiqué plusieurs fois cette intervention, lui reconnaissait de grosses supériorités, il ajoutait qu'il pensait que dans l'avenir cette technique serait reconnue supérieure à l'extirpation abdominale seule.

Cette technique était incontestablement supérieure à d'autres techniques abdomino-périnéales, telle celle proposée par Wertheim qui consistait à débuter par le temps abdominal, à libérer complètement l'utérus, puis le vagin par en haut, temps difficile parce que trop profond. Cette libération faite, il refoulait le plus loin possible utérus et vagin, péritonisait au-dessus et terminait le temps abdominal. Dans un deuxième temps périnéal, ayant incisé circulairement le vagin, il extirpait par en bas l'utérus désinséré de partout.

Elle était aussi supérieure à celle beaucoup trop compliquée d'Hauffmann qui alternait du périnée à l'abdomen puis revenait au périnée pour enfin terminer par voie abdominale.

Cette technique de MM. Quénu et Duval est certainement la meilleure et probablement la seule utilisable quand on veut associer à l'hystérectomie

une colpectomie totale mais, dans la plupart des cas, cette colpectomie totale n'est pas nécessaire et déjà, lors de la discussion portant sur les observations de M. Chevassu, M. Delbet faisait remarquer que pratiquement, une section du vagin à la portion moyenne était largement suffisante pour faire une suture et mettre à l'abri des récidives basses. M. Walter considérant que la large surface cruentée pelvienne était dangereuse parce que la proie d'une infection difficile à éviter préférait se contenter de disséquer une collerette suffisante du vagin.

La technique que nous avons décrite se rapproche de cette dernière. Nous évitons la colpectomie totale et les difficultés qui résultent de l'hémostase. Nous évitons, d'autre part, cette large surface cruentée d'infection facile et qui ne peut se réunir que secondairement. Le temps périnéal est beaucoup moins long. L'on diminue ainsi les risques de choc opératoire et d'autre part, il est possible, point important, de fermer beaucoup plus tôt le bout supérieur du vagin avant de poursuivre la dissection vers le haut, diminuant ainsi les chances de contamination et d'infection. Mais nous restons fidèles au principe de l'ablation de l'uterus en vase clos comme un sac septique fermé et, d'autre part, au principe de la péritonisation, péritonisation du fond du bassin et si cela paraît utile, au cloisonnement colo-vésical.

En 1923, dans les *Annales italiennes de Chirurgie*, M. Sante-Solieri a exposé sa technique d'hysté-

rectomie vagino-abdominale. Partant du fait qu'il est difficile d'apprécier par l'abdomen le niveau où il faut sectionner le vagin, il préconise la section par en bas du vagin, mais nous différons complètement de sa façon de faire.

Après avoir curetté, iodé et cautérisé le plus possible les lésions néoplasiques, il sectionne le vagin loin au-dessous du néoplasme « ad una distanza opportuna, sempre generosa dal limite estremo del tumore ». Mais sans le fermer, il va le disséquer jusqu'au Douglas en arrière qu'il se garde d'ouvrir. Ayant fini cette dissection, il tamponne avec une longue mèche (un mètre de gaze stérile) le col, le fond du vagin, le vagin restant, puis il passe au temps abdominal. Au moment d'enlever l'utérus par en haut, il fait tirer par un aide la mèche vaginale et la fait complètement enlever par en bas, puis il termine, fermant le vagin restant par en haut, temps pénible et difficile parce que profond.

Ce court exposé montre les différences capitales et même essentielles de cette opération avec celle que nous préconisons.

Nous le croyons sans peine quand il nous dit que la fermeture du vagin par voie haute est difficile. La fermeture d'un col d'hystérectomie sub-totale peut déjà, dans certaines conditions de bassin étroit et profond, présenter quelques difficultés. Que doit-il en être avec une tranche vaginale loin située au fond d'un bassin ?

Mais, ce qui nous déroute complètement, c'est le

tamponnement vaginal. M. Sante-Solieri nous dit que la mèche tassée fait l'hémostase du col et empêche l'écoulement des sécrétions septiques qu'elle absorbe. Mais cette mèche reste d'abord au contact du paramètre puis est enlevée par voie basse. Donc, se déroule au niveau d'une solution de continuité du vagin, risque d'entrer en contact avec des tissus cruentés et risque d'y laisser tomber du liquide septique. L'utérus est enlevé, le bout supérieur du vagin étant béant. Il nous semble que c'est vouloir chercher la contamination et la catastrophe. Cette opération ne répond pas du tout au principe de l'enlèvement en vase clos et même est très loin de l'ablation avec pince clamp.

Dans son *Traité de Gynécologie*, M. J.-L. Faure présente une technique d'hystérectomie vaginoabdominale ne différant de celle que nous présentons que sur le point de la fermeture du segment inférieur du vagin. En effet, le vagin étant sectionné, la bourse supérieure faite, la dissection du dôme vaginal terminée, M. J.-L. Faure laisse le vagin ouvert, ce qui permettra d'établir un large drainage par en bas, identique à celui qui est utilisé dans le Wertheim-type. C'est le seul point sur lequel diffère la conduite générale de l'intervention.

IV

AVANTAGES DE CETTE TECHNIQUE

Comme nous l'avons déjà dit, cette technique avait primitivement été établie par MM. Quénu et Duval pour obtenir, au point de vue utérin, ce qui avait déjà été fait pour le cancer du rectum dans l'abdomino-périnéale, c'est-à-dire réaliser l'ablation d'un cancer septique en vase clos et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le début du travail de ces auteurs : « le principe en est d'extirper le canal génital comme un sac septique fermé et de séparer aussi complètement que possible la cavité abdominale strictement aseptique du champ opératoire pelvien ».

Le fait de savoir si le 1er temps est septique ou non a été très discuté par divers chirurgiens, en particulier par M. J.-L. Faure. Nous comptons revenir sur cette discussion dans le chapitre relatif aux critiques adressées à cette méthode. Cependant, nous pouvons déjà signaler que nos résultats paraissent répondre au point de vue de MM. Quénu et Duval, car si nous avons eu à déplorer des morts, en nombre faible : 6, soit 9,2 % dans la statistique globale comprenant les cancers du corps, ce chiffre

s'abaisse à 4 décès sur 53 interventions pour cancer du col, soit 7,4%. Cependant, pour tous les auteurs, c'est dans les cas de cancer du col que la septicité est la plus grande et que les risques sont au maximum. Nous comptons donc revenir sur ce point A ce moment, nous exposerons nos résultats et nous donnerons deux des grands principes directeurs :

1° Réaliser l'exclusion complète du péritoine par la suture ;

2° Obtenir la réunion par première intention de la plaie pelvienne.

Les avantages techniques de cette colpohystérectomie par voie combinée sont pour nous considérables. Le temps périnéal nous permet d'abord de réaliser une section du vagin au point qui nous paraît le plus convenable, section que l'on peut très facilement faire en tissu sain, très à distance des lésions néoplasiques et qui, dans la majorité de nos cas, a porté à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, mais rien n'empêche de la faire plus bas. En 1909, M. Delbet se contentait d'une section au tiers moyen et M. Walter faisait remarquer qu'il lui suffisait pour sa part de disséquer une collerette vaginale suffisante pour recouvrir le col et un tampon iodé qu'il enfermait appliqué contre ce dernier.

Nous pensons qu'en agissant ainsi, l'on a beaucoup plus de sécurité, que la section porte où l'on veut, est faite dans de meilleures conditions, beaucoup plus facilement que par la voie abdominale où

l'on peut être gêné, le vagin montant plus ou moins bien. La section au-dessous des pinces de Wertheim est beaucoup plus aléatoire. On hésite, on tâtonne sur le niveau où doit porter la section et quelquefois, l'on se trouve dans l'obligation de passer à quelques millimètres seulement du néoplasme, restant ainsi exposé à des risques ultérieurs plus grands de récidive. C'est uniquement pour cette raison, pour éviter la section trop près du néoplasme, éviter la récidive au niveau de la cicatrice vaginale que M. Sante-Solieri a été amené à commencer par voie vaginale. Dans son travail, il nous expose que des coupes en série de vagin enlevé par voie haute par le procédé de Wertheim ont montré à Assereto la présence fréquente de propagations au delà de la section vers le bout inférieur.

Cette section première du vagin facilite d'autre part considérablement le temps abdominal. Dans une intervention aussi délicate et aussi pénible que peut être un Wertheim, il ne faut rien négliger qui puisse en faciliter l'exécution.

En sectionnant et en libérant en avant et en arrière le dôme vaginal, l'on rompt les attaches de l'utérus avec le plancher pelvien et celui-ci va immédiatement monter. Alors que dans une opération de Wertheim type l'utérus ne monte, comme l'a expliqué Lecène, que tard à la fin de l'opération, lorsque les ligaments utéro-sacrés sont sectionnés. Dans le cas particulier, il n'en est plus de même; les ligaments utéro-sacrés sont bien intacts, mais

ceux-ci prêtent et laissent monter l'utérus. Cette facilité avait été remarquée par M. J.-L. Faure lors de son rapport sur l'observation de M. Duval. Il disait avoir été étonné quand il avait pratiqué cette opération de la facilité qu'il avait eu pour la réaliser. Il considérait que c'était une des grosses supériorités de cette technique. D'autre part, M. Lecène a écrit en 1910 : « le temps opératoire est très facilité, surtout chez les femmes un peu grasses, par une libération préalable du vagin faite à la façon de Pierre Duval. C'est là une modification très heureuse de la technique de la colpo-hystérectomie dont je n'ai eu qu'à me louer quand je l'ai employée. »

Cette ascension de l'utérus facilite considérablement le curage pelvien, l'explication peut en être donnée par ce fait de chirurgie pelvienne mis en lumière par Kelly que toute opération pelvienne est rendue plus aisée quand on peut aborder la tumeur, en l'espèce, l'utérus, par le pôle inférieur, règle qui a été appliquée dans un autre ordre de faits au procédé dit américain dans les cas de salpingite uni-latérale fortement adhérente ou à la décollation primitive de l'utérus dans les cas de salpingite bi-latérale adhérente. L'intervention abdominale est donc beaucoup plus facile, beaucoup plus rapide, le curage pelvien ne va plus être fait dans la profondeur comme dans un Wertheim type, mais beaucoup plus haut, ce qui facilite beaucoup toute l'ablation péri-cervicale du paramètre, temps

important de l'opération. Il permet d'autre part, un curage pelvien plus étendu, l'utérus est beaucoup plus aisément mobilisable, il peut facilement être refoulé de l'autre côté, donnant ainsi plus de jour, tendant davantage les pédicules vasculaires, les gaînes fibreuses hypogastriques ; il en permet ainsi une ablation élargie. Nous n'avons pas en vue de faire comme au début de la chirurgie du cancer de l'utérus un véritable curage du bassin avec ablation de tous les ganglions comme l'on fait un curage de l'aisselle, opération très meurtrière et abandonnée. Mais une hystérectomie élargie avec cependant l'ablation la plus large possible des gaînes fibreuses et du tissu cellulaire pelvien, nous pensons ainsi le réaliser. C'est d'ailleurs ce qui est envisagé sous le nom de Wertheim, et Lecène dit que c'est : « l'hystérectomie, élargie, avec ablation de la plus grande étendue possible du tissu cellulaire juxta cervico-vaginal (paramètre) et rien de plus. » Cependant si l'on constate la présence de ganglions au niveau de l'hypogastrique et de l'artère iliaque interne il faut les enlever. Certains chirurgiens vont même les chercher systématiquement.

Lecène dans la phrase que nous avons auparavant reproduite, insistait sur ce fait : que l'opération lui avait été grandement facilitée « surtout chez les femmes grasses ». Tous les chirurgiens connaissent les difficultés parfois presque insurmontables que l'on rencontre au fond d'un bassin souvent profond chez une femme dont la paroi

abdominale est doublée d'un gros panicule graisseux et dont tous les organes abdominaux sont matelassés au niveau de leur méso et sous les feuillets péritonéaux par une épaisse lame de graisse. La vessie, entre autre, est ainsi doublée et retombe, recouvrant d'un véritable tablier épais et lourd la région où l'on travaille. Dans ces cas, pour peu que l'utérus ne monte pas, l'on est tenté de limiter l'intervention, de ne faire qu'une totale avec ablation réduite du paramètre et peut-être même sans libérer les uretères. Avec la section première du vagin, il n'en est plus de même, l'utérus monte aussitôt, s'extériorise, l'ablation du paramètre peut être faite de façon presque aussi complète que chez une femme de corpulence normale.

Dans cette opération de Wertheim où l'on ne voit jamais assez clair, où le champ est toujours trop encombré, où l'on n'a jamais assez de facilités, nous pensons que ce procédé est loin d'être négligeable puisqu'il donne ainsi des avantages matériels considérables.

Si la suture vaginale prête à discussion au point de vue de la septicité, elle est cependant reconnue par les divers auteurs comme un procédé excellent pour éviter les greffes cancéreuses pouvant se faire après section du vagin. Nous n'avons relevé de greffe néoplasique au niveau de la cicatrice abdomidale dans aucune de nos observations. Un autre procédé serait tout aussi efficace, c'est la section du vagin à l'aide du thermocautère au-dessous de clamps mais

on ne sait jamais à quelle besogne plus ou moins septique cet instrument a pu servir.

Dans la technique employée, il est préférable suivant la méthode de Bumm, de rechercher l'uretère au niveau du feuillet postérieur du ligament large quand il va pénétrer dans le paramètre. Cette façon de procéder est beaucoup plus commode que celle de Wertheim consistant à aller chercher l'uretère près de son abouchement dans la vessie. En effet, l'on est amené pour cette recherche à décoller la vessie et à la refouler en avant. Avec cette technique, on retrouve donc d'emblée, au début de l'intervention, une zone déjà décollée antérieurement par voie vaginale, zone suintante car il n'y a pas d'hémostase, les pédicules n'étant pas encore liés. Rapidement, le champ opératoire est inondé de sang, complètement obscurci, l'on est amené à mettre à l'aveugle plusieurs pinces qui vont par surcroît, sans obtenir l'hémostase suffisante, encombrer le bassin et gêner pour les diverses manœuvres. Il n'en est pas de même en commençant en arrière. On ne retrouve qu'en dernier lieu ce décollement et l'hémostase est alors faite. Il est facile, en général, de découvrir l'uretère et sans le libérer, on peut déjà le suivre pour trouver le croisement avec le pédicule utérin. A la sonde cannelée, il est facile de séparer le croisement, de soulever le pédicule et sous le contrôle de la vue, sachant l'uretère dans la profondeur, on peut pincer en toute sécurité ce pédicule. Cette pince, nous l'avons

vu, est indispensable ultérieurement pour empêcher le reflux du sang veineux. Lecène plaçait, au lieu de cette pince, une pince de Kocher parallèlement à l'utérus à hauteur du col et de l'isthme en dedans de l'uretère qu'il avait repéré. Mais le point important sur lequel il faut insister est que l'artère utérine ne doit pas être liée au niveau du croisement mais très en dehors, le plus loin possible sur la paroi pelvienne, près de son origine, l'artère est, en général, accompagnée à ce niveau par une seule veine. Cette ligature ainsi que nous l'avons déjà dit ne supprime pas la totalité du sang arrivant au dôme du vagin et au paramètre mais en supprime une bonne partie. Nous pensons que cette ligature est préférable à celle de l'hypogastrique. En effet, cette dernière a pour but de supprimer la totalité du sang arrivant au pelvis et de rendre l'intervention absolument exsangue, mais, dans certains cas, elle peut ne pas remplir complètement son but par suite d'anastomose et, d'autre part, elle peut être dangereuse pour les suites opératoires, laissant un tissu sous-péritonéal meurtri, insuffisamment vascularisé, proie facile pour une infection qui, dans une autre circonstance, aurait pu rester bénigne. De nombreux chirurgiens mettent sûr le compte de cette ligature les accidents post-opératoires qui, disent-ils, auraient pu être évités avec une autre technique.

D'autre part, nous avons insisté sur le fait qu'il ne faut pas disséquer l'uretère au plus près. On ne

doit pas faire une dissection qui, privant ce dernier de sa gaine conjonctivo-vasculaire, risquerait de lui supprimer sa vascularisation et provoquerait des risques de sphacèle. Il faut donc faire une libération, le séparer de la gangue qui peut l'entourer mais qu'il traverse sans être atteint. L'uretère une fois dégagé doit être manié avec ménagements et refoulé délicatement contre la paroi. Certains, tel Albertin, on fait établir des valves spéciales pour le récliner. Nous n'en avons pas vu la nécessité. Il est vrai que dans notre méthode les temps abdominaux sont facilités par l'ascension et la mobilité de l'utérus liée à la section première du vagin.

V

CRITIQUES ADRESSÉES A LA MÉTHODE VAGINO-ABDOMINALE

M. J.-L. Faure, dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgical* écrit :

« On a dit que la désinsertion première du vagin et que sa suture en bourse par dessus le col réalisait des conditions d'asepsie plus parfaites. *C'est là une erreur manifeste* et s'il n'y avait dans cette façon de procéder pas d'autres avantages il faudrait y renoncer immédiatement. Elle réalise en effet des conditions d'asepsie moins parfaites que l'opération abdominale correctement et régulièrement exécutée. Le temps vaginal de l'opération se fait en effet dans un vagin septique ; au cours de la désinsertion vaginale, et de la fermeture en bourse de la collerette ainsi faite, la plaie vaginale qui à la fin de l'opération deviendra plaie pelvienne, se trouve forcément infectée dès le début de l'opération. Dans l'opération abdominale, au contraire, le vagin n'est ouvert que tout à fait à la fin et l'opération se poursuit en conséquence dans des conditions d'asepsie infiniment meilleures. *Sous ce rapport, l'hystérectomie vagino-abdominale est donc à n'en pas*

douter inférieur à l'hystérectomie abdominale pure.»

Ce jugement appuyé par l'autorité et la compétence de M. le professeur J.-L. Faure donne à réfléchir, cependant nous basant sur nos observations, nos courbes de température nous pensons arriver à défendre notre cause et à prouver le bien fondé de cette technique.

D'autre part nous nous efforcerons de montrer que l'infériorité de l'hystérectomie vagino-abdominale par rapport à l'hystérectomie abdominale pure fondée sur le fait de l'asepsie imparfaite et de l'infection possible n'est pas démontré a priori.

On nous dit : vous êtes dans l'impossibilité de désinfecter le vagin éminemment septique.

Il est manifeste et de notion courante que le cancer du col de l'utérus est un cancer terriblement infecté. Au milieu des bourgeons charnus, dans les infractuosités des ulcérations, des germes variés aérobies et anaérobies saprophytes et pathogènes cultivent et peuvent y prendre une virulence considérable. Toutes les sécrétions, leucorrhée, hémorragies, entraînent avec elles de ces germes qui vont souiller les parois du vagin.

Des études sur cette flore microbienne ont été pratiquées de divers côtés. Nous ne signalerons que les études récemment poursuivies par MM. Grandclaude et Wickham au centre anti-cancéreux de la banlieue parisienne sous la direction de M. le Professeur Roussy.

Ils avaient en vue le traitement par le radium de

cancers avancés mais la flore qu'ils ont trouvé avant tout traitement est manifestement la même que celle que nous rencontrons au niveau d'un cancer opérable.

Aérobies :

Strepto-entérocoques	70 fois sur 70 cas
Staphylocoques	65 fois sur 70 cas
Tétragènes	15 fois sur 70 cas
Pseudo-diphtériques	6 fois sur 70 cas
Coli-bacilles	7 fois sur 70 cas

Anaérobies :

Streptocoques anaérobies	20 fois sur 35 cas
Bacillus perfringens	9 fois sur 35 cas
Bacillus putrificus	2 fois sur 35 cas

Cette lecture et cette énumération sont vraiment impressionnantes mais ce n'est pas tout de connaître les espèces faut-il encore, après les avoir identifiées, en apprécier le degré de virulence. MM. Grandclaude et Wickam n'y ont pas manqué. Aussitôt après cette énumération nous lisons :

« L'étude approfondie que nous avons faite de ces germes a montré que les *tétragènes, staphylocoques*, *pseudo-diphtériques, coli-bacilles* n'ont présenté ici aucun caractère de virulence sauf pourtant deux staphylocoques dorés isolés chez deux malades différents. Par contre, le rôle prédominant des germes du groupe *entéro-streptococciques* dans les états infectieux apparaît très nettement. Parmi les anaérobies, à l'exception du *bacillus perfringens*

et du *putrificus* qui semblent avoir dans les états infectieux utérins une réelle importance, les *streptocoques anaérobies* semblent au contraire des germes tombés dans le saprophytisme car leur virulence est nulle en général. »

Il ne reste donc plus que le groupe entéro-streptococcique certes un des plus redoutables et deux anaérobies pas des moindres.

Sommes-nous donc complètement désarmés contre ces germes ? pour que nous soyions obligés de renoncer à une pratique qui, par d'autres points, nous paraît bonne. La désinfection du vagin ne peut-elle donc être réalisée de façon satisfaisante ? Ne peut-on préparer l'organisme à lutter efficacement ?

Nous pensons que si et, en réponse, nous donnons 53 interventions vagino-abdominales pour cancers du col de l'utérus avec, uniquement, quatre morts, soit 7, 4% chiffre plus près du 5 % que M. J.-L. Faure estime être celui des morts par l'hystérectomie subtotale pour fibrome que du 15 % chiffre moyen de mortalité des opérations de Wertheim par voie haute. L'expérience montre donc que l'on peut se mettre à l'abri en désinfectant soigneusement le vagin et en le fermant en premier.

La désinfection peut en être poursuivie de façon variée. Nous ne voulons pas dire que notre méthode est la meilleure, loin de nous cette pensée, mais nous estimons qu'il vaut mieux faire un nettoyage mécanique très fréquent, répété, avec des injections

vaginales antiseptiques en laissant le vagin ouvert que de porter au niveau du col des mèches dites antiseptiques qui font bouchon, s'imprègnent des sécrétions et deviennent en quelques heures d'une fétidité repoussante. Cependant, beaucoup de chirurgiens agissent encore ainsi utilisant le plus souvent des mèches iodoformées.

Quand il existe des bourgeons sanieux, formant au fond du vagin un véritable choux-fleur, saignotant et suintant faut-il le respecter ou l'abraser ?

Il n'y a pas de règle absolue, mais une question d'appréciation en présence des lésions. Mais il semble, en étudiant les diverses opinions, que les cancers végétants sont peut-être moins virulents au point de vue microbien qu'on ne le dit, et peut-être moins que certains cancers ulcérants. Pour nous, si l'abrasion des bourgeons est nécessaire, elle doit être faite aussitôt avant l'acte opératoire, abrasion à la curette et thermocautérisation suivie d'un nettoyage et d'un iodage de tout le vagin. Ce curettage peut, peut-être, comme le préconise M. de Fourmestrau, être pratiqué 10 jours auparavant, mais nous pensons qu'il ne doit, en aucun cas, être fait un ou deux jours avant l'intervention Nous avons le souvenir d'une malade opérée par voie abdominale seule qui fût enlevée en quelques heures au milieu d'accidents infectieux comme seul peut en provoquer un streptocoque. Ce germe avait été probablement mobilisé lors d'un curettage fait la veille de l'intervention et pourtant, l'intervention était appa-

rue comme des plus simples et des plus faciles.

La vaccination préventive est certainement un bon adjuvent, vaccination avant tout anti-streptococcique mais polyvalente. Lors d'une discussion à la Société de Chirurgie, M. de Fourmestrau a dit s'en être servi et n'avoir eu qu'à s'en louer. D'autres chirurgiens l'emploient systématiquement. Certaines de nos malades reçurent des injections préventives de « Propidon » série de trois piqûres terminée environ 10 jours avant l'intervention. Aucune des malades que nous avons perdues dans les jours qui suivirent l'intervention n'en avaient reçu. Les autres eurent pour la plupart des suites simples.

Le radium paraît avoir aussi une action stérilisatrice considérable en tarissant les sécrétions et surtout en cicatrisant les lésions, siège des germes septiques. Il paraît à ce point de vue gagner de plus en plus de terrain, non seulement comme agent curatif du cancer, mais surtout dans les formes au début comme agent préparateur facilitant et simplifiant une intervention grave et en diminuant les risques septiques.

Voici les moyens qui sont à notre disposition et si le vagin ne peut être décapé comme la peau de la paroi abdominale, nous pensons qu'il peut cependant être suffisamment nettoyé pour permettre une intervention dans des conditions d'aseptie suffisante. Avant de poursuivre le décollement, l'on s'efforce de fermer le plus tôt possible le bout supérieur du vagin de façon étanche. Cette étanchéité a été dis-

cutée par M. Delbet, étanchéité non pas du surjet lui-même qui doit être serré et bien fait, mais il nous dit qu'ayant enlevé ainsi un utérus en vase clos, il a, par de fortes pressions au niveau du corps et du vagin fait sourdre quelques gouttes de sérosité, non pas au niveau de la tranche de section suturée mais au niveau des orifices créés par l'aiguille pour le passage des fils. Nous estimons ce danger plus théorique que réel. Si l'on a soin, d'une part, de ne pas se servir d'une aiguille trop grosse, et d'autre part, si l'utérus n'est pas manié au niveau de son corps par des pinces qui le compriment fortement mais par l'intermédiaire des cornes à l'aide de deux pinces de Kocher, comme nous l'avons décrit.

Les deux bouts du vagin suturés, nous pensons que le temps qui peut être septique est terminé, que l'utérus est complètement enfermé en vase clos, qu'il ne peut et qu'il ne doit plus y avoir de contamination. Nous estimons avec MM. Quenu et Duval que c'est là l'intérêt de la méthode, cet intérêt serait détruit si, dans ce premier temps, le paramètre avait été souillé, si, dans les manœuvres pour décoller et libérer le dôme vaginal l'on avait ensemencé le paramètre. Ce n'est pas par des raisonnements et des phrases que l'on peut répondre, mais uniquement par des faits. Nous connaissons les germes redoutables auxquels nous avons affaire. Nous avons cherché à lutter contre eux. Quel est le résultat de cette lutte ?

Sur 65 interventions, commençant par un temps vaginal, 12 pour cancer du corps et 53 pour cancer du col, nous avons eu à déplorer six morts soit 9,2 %.

Le n° 13	cancer du	col.	Décédé	le lendemain de l'intervention
— 14	—	—	—	le 4e jour après —
— 24	—	corps	—	le 3e jour après —
— 29	—	—	—	le 8e jour après —
— 46	—	col	—	le 3e jour après —
— 55	—	—	—	le 5e jour après —

Le n° 29 doit être mis à part, la mort étant survenue par embolie. Deux étaient des cancers qui furent trouvés beaucoup trop étendus. Le n° 13 avait un envahissement du cul-de-sac vésico-utérin. Le n° 14 une infiltration de la base du ligament large. L'intervention pour le n° 46 fut très laborieuse, très longue par suite de sclérose du ligament large et d'une mauvaise anesthésie. Le n° 24 est morte d'infection. Elle n'avait pas été drainée. Le n° 55 est morte elle aussi d'accident infectieux.

Sur six morts, deux seulement sont donc dues à l'infection. *Deux morts sur 65 interventions, soit 3 %.* L'infection est donc bien minime. Et les chances de contamination du paramètre sont peu nombreuses puisque, dans une opération qui est dite commencée par un temps septique. Il se trouve en fin de compte un pourcentage si faible. *Nous pouvons donc répondre ainsi que nous l'avions laissé sous-entendre, que la plaie pelvienne n'est pas forcément infectée dès le début de l'opération.*

Faut-il drainer après cette intervention? Sussmann qui apporte une excellente statistique de 166 cas avec 6 décès, ne draine pas, péritonise et ferme. Cependant, sans hésitation, nous répondons : oui, dans tous les cas. C'est faute d'avoir drainé dans une intervention qui paraissait des plus simples que nous déplorons la mort du nº 24. Toutes les autres depuis, furent drainées à l'aide d'un tube de caoutchouc du calibre du doigt descendant au fond du Douglas et émergeant au-dessus de la symphyse. Sur les 51 Wertheim qui furent drainés après ce cas malheureux, il n'y eût qu'une mort par infection. Presque tous les chirurgiens drainent leur Wertheim. Les uns, fidèles à la péritonisation drainent à l'aide d'un drain vaginal, souvent doublé de chaque côté par une mèche et péritonisent au-dessus. D'autres, suivant l'exemple donné par M. J.-L. Faure, tamponnent tout leur bassin avec un Mickulicz. C'est l'emploi systématique du Mickulicz dans le Wertheim qui a soulevé des polémiques violentes et fait couler des flots d'encre. Les uns envisageaient cette méthode comme un recul de la chirurgie vers les époques du début. Les autres la considéraient comme un énorme progrès leur permettant d'abaisser leur mortalité, état d'esprit a-t-on dit, polémique où chacun est resté sur ses positions suivant l'éducation qu'il avait reçue. Nous ne voulons pas intervenir dans cette discussion. Nous nous contenterons simplement de constater un fait qui est en faveur de notre thèse : En 1913 E. Bumm, dans un

article sur le traitement du champ opératoire dans l'opération radicale pour cancer du col disait qu'au début il tamponnait la plaie pelvienne et la drainait largement, sa mortalité était de 29,7 % puis il s'efforça de supprimer tout drainage et de faire une péritonisation parfaite. Sa mortalité est tombée à 6%.

La méthode de Mickulicz a permis à certains d'abaisser considérablement leur mortalité; ils eurent donc dans certains cas de gros avantages mais nous pensons que l'on peut arriver à des résultats comparables par d'autres procédés et entre autre par celui que nous préconisons.

En 1927, notre Maître, M. le Dr Mocquot, apportant à la Société de Chirurgie les résultats de 53 Wertheim, disait en terminant son exposé :

« Je crois ne pas faire preuve d'une impardonnable obstination en persévérant dans la même technique. Si elle fait courir à quelques malades des risques graves, c'est à reconnaître ces malades que je m'attacherai pour les mettre à l'abri par un procédé approprié, mais elles sont trop peu nombreuses pour que je prive toutes les autres du bénéfice de la méthode de péritonisation. »

Il faut en effet être éclectique dans une intervention aussi grave. 59 de nos opérées ont bénéficié de cette méthode. Fallait-il leur mettre un Mickulicz ? Notre maître a pensé que non et que loin d'en tirer du bénéfice elles auraient au contraire traîné plus longtemps dans les services hospitaliers. La convalescence aurait été retardée.

Ce Mickulicz aurait-il sauvé les six femmes qui sont mortes ? Pour une, morte d'embolie, nous pouvons répondre : non, car, aucun Mickulicz n'a préservé des embolies et même, on l'a accusé d'en provoquer.

Les deux infectées en auraient probablement bénéficié. On ne peut l'affirmer et encore moins dire que ce Mickulicz les aurait sauvées.

Pour les trois autres le problème reste entier. Nous pensons qu'il ne faut pas être systématique mais qu'il est des cas où il faut savoir sacrifier la méthode même quand on la pense bonne et avoir recours à un autre procédé. C'est ainsi que nous avons vu M. le Dr Mocquot mettre un Mickulicz dans le cas suivant :

Une femme de 62 ans était entrée à l'Hôpital Bichat en mai 1929 pour des pertes fétides avec métrorragies. La ménopause remontait à 1919 mais, depuis un an, elle avait, disait-elle, vu reparaître ses règles.

L'examen avait montré la présence d'un utérus de volume sensiblement normal mais avec un isthme qui apparaissait rigide. La mobilité utérine était un peu diminuée.

Le diagnostic de cancer du corps utérin fut porté et l'intervention décidée. Elle fut faite le 24 mai.

Rien à dire de particulier sur le temps vaginal. Le vagin fut sectionné, suturé et disséqué comme d'habitude.

Pendant le temps abdominal, alors qu'on libérait

l'uretère droit, brusquement l'utérus se rompit au niveau de l'isthme Au niveau d'un cancer térébrant et par la brèche ainsi produite se vida une pyométrie abondante. Tout le fond du bassin fut souillé par un liquide sanieux et fétide.

Il n'y avait plus qu'à terminer au plus vite, et à bourrer le tout avec un Mickulicz. C'est ce qui fut fait. Les suites opératoires furent très simples et la malade est sortie 35 jours après l'intervention.

Nous avons eu la curiorité de faire examiner la sérosité abondante et fétide qui se trouvait au fond du sac du Mickulicz. Cet examen fut fait au laboratoire de M. le professeur Lemière par M. Guy. Cet examen montra :

1° A l'examen direct : la présence de polynucléaires et de cellules endothéliales très altérées et la présence de très nombreux microbes, de gros *cocci* Gram +. Les uns un peu ovallaires et groupés en courtes chaînettes. Les autres, plus arrondis isolés ou en tétrate et des *bâtonnets* Gram + à extrémités plus étroites que la partie moyenne et ressemblant au bacterium cutis commune.

2° Résultat des cultures : les ensemencements en milieux aérobies (gélose, bouillon) et en milieux anaérobies (gélose Veillon) ont donné des cultures de microbes aérobies capables de pousser en milieux anaérobies (anaérobies facultatif). Ce sont :

Un staphylocoque Gram +.

Un staphylocoque ressemblant au *micrococcus fœtidus* (de Veillon) Gram —.

Du bacillus subtilis.

Du bacillus protéus.

Il est évident que si l'on avait voulu persévérer dans la technique habituelle, c'était courir à un échec ; malgré les divergences que l'on peut avoir sur les indications d'une technique opératoire, il faut savoir, de temps en temps, quand c'est utile, y sacrifier. Mais cet examen nous montre que nous devons avoir une résorption non négligeable de produits septiques et toxiques.

Nous maintenons donc que nous estimons qu'il faut drainer, mais dans la plupart des cas un drainage ordinaire suffit, si l'on fait une bonne péritonisation, sinon, s'il reste des surfaces suintantes, si la péritonisation est mauvaise, mieux vaut un Mickulicz. Il est certainement des cas où le Mickulicz est tout à fait indiqué, mais nous les croyons rares.

Dans la technique que nous défendons, trois principes dirigent cette façon de faire :

1° Exclure d'emblée les cavités septiques ;

2° Réaliser l'exclusion complète du péritoine par la suture.

3° Obtenir la réunion par première intention de la plaie pelvienne.

Exclure d'emblée les cavités septiques c'est le rôle du temps vaginal, enfouir le col, fermer le vagin de façon qu'il n'y ait plus à y revenir et qu'on ne puisse souiller ultérieurement. Nous pensons avoir démontré qu'on pouvait y parvenir.

Réaliser l'exclusion complète du péritoine par la

suture, c'est une des grandes idées directrices de la péritonisation. Ne pas laisser de surfaces cruentées à découvert. Rétablir le plus parfaitement possible la continuité du péritoine. Péritonisation ayant, comme l'a montré Judet dans sa thèse, un but hémostatique destiné à arrêter le suintement d'origine capillaire qui peut se produire au niveau du bassin plus ou moins traumatisé. Un but de combat contre l'élément infectieux en supprimant l'exsudation sanguine, en isolant de la cavité abdominale toute surface séreuse altérée et en lui substituant une lame de péritoine sain capable de se défendre contre l'infection.

Normalement, en cas d'infection pelvienne, la nature tend à isoler le petit bassin et à y localiser l'infection. C'est à ce travail qu'il faut aider en péritonisant et, au besoin, en complétant par un cloisonnement colo-vésical.

C'est bien à exclure la grande cavité péritonéale que vise le tamponnement à la Mickulicz, mais l'exclusion ne se réalise que secondairement à la faveur d'une phase de péritonite traumatique qui agglomère autour de lui les viscères.

Enfin, obtenir la réunion par première intention de la plaie pelvienne. C'est ici qu'est le risque puisque la plaie peut être infectée, mais les faits répondent. L'infection, si elle existe, n'est pas telle qu'elle empêche la réunion, pourvu que la plaie remplisse les conditions qui étaient recherchées dans les plaies de guerre pour réussir les sutures

primitives : plaies nettes sans débris contus et hémostase rigoureuse. Quelquefois, il s'est produit un petit hématome qui s'est évacué spontanément par le vagin du 6e au 8e jour au moment ou lè catgut se résorbe. La guérison n'a pas été troublée.

D'autres auteurs ont reproché à cette technique sa longueur, durée trop grande de l'intervention se composant d'une phase périnéale, d'un temps où l'on change tout, puis d'une phase abdominale. Cette opération ne nous est pas apparue plus longue que le Wertheim type. Il est difficile de mettre des chiffres, car la durée de l'intervention est fonction de multiples facteurs. Certains opérateurs sont plus lents, d'autres plus rapides. En dehors de ce facteur personnel, il existe des facteurs dépendant de l'anesthésie bonne ou médiocre, des difficultés que l'on peut rencontrer, malades adipeuses ou maigres, de l'extension plus ou moins grande des lésions, tout facteur qui peut modifier considérablement l'aspect et la durée de l'intervention. Cependant, nous basant sur ce qu'ont dit MM. Lecène et J.-L. Faure qui avaient pratiqué cette intervention, nous constatons qu'ils l'ont trouvée non seulement plus facile mais aussi, et c'est le point qui nous intéresse actuellement, que le temps abdominal était considérablement abrégé. Gain de temps, donc important, peut être reporté sur le temps vaginal mais qui, en totalité, ne dépasse pas celui d'un Wertheim type, sauf si, voulant tout raccourcir, on supprime la péritonisation et que l'on gagne du temps en mettant un

Mickulicz, méthode permettant aussi de moins soigner son hémostase et de laisser un suintement sanguin qui sera comprimé par le tamponnement.

VI

INDICATIONS OPÉRATOIRES

S'il est une question discutée à l'heure actuelle, c'est celle de la thérapeutique du cancer de l'utérus. Suivant ses tendances, l'éducation qu'on a reçue, l'on penche vers le radium ou la chirurgie. L'on rétrécit le champ d'action de l'un, on élargit celui de l'autre. Aussi, sommes-nous fort embarrassés pour donner les directives concernant l'opération vagino-abdominale.

Mais s'il est un chapitre qui paraît appartenir tout entier à la chirurgie, c'est celui du cancer du corps. Aussi, serons-nous brefs à ce sujet.

La tendance dans ces cas est de faire suivant les directives de M. Forgue et J.-L. Faure une hystérectomie totale simple non élargie, hystérectomie totale sans libération des uretères en prenant simplement la précaution de ne pas saisir l'utérus avec des pinces de Museux qui déchirent, mais de le prendre, soit avec un hystérolabe mousse, soit tel que nous le préconisons avec deux grandes pinces de Kocher. Notre Maître, M. le docteur Mocquot diffère sur ce point de technique. Il pense que l'on n'est jamais trop prudent dans les cas de cancer et

qu'il vaut mieux enlever une bonne partie du paramètre. D'autre part, ayant observé que l'utérus pouvait brusquement se vider d'une pyométrie jusque-là contenue dans la cavité utérine risquant de souiller le champ opératoire pelvien, il a pensé qu'il pouvait faire bénéficier les cancers du corps des avantages de l'opération vagino-abdominale. C'est pour cette raison que l'on trouve dans nos observations 12 cas de cancers du corps.

Dans les cas de cancer total de l'utérus où toute la cavité utérine, corps, isthme et cols ont envahis dans leur totalité, l'indication de la colpohystérectomie par voie combinée est la même, car outre la nécessité de fermer le col pour éviter la contamination directe, se surajoute la crainte de la pyométrie particulièrement fréquente dans ces formes. Enfin il est nécessaire d'enlever dans ces cas une bonne partie du paramètre.

Dans les cancers du col, il est des cas qui, de toute évidence, n'appartiennent pas au chirurgien et quelle que soit la technique qu'on adopte, ne pourront donner que de mauvais résultats.

Il en est d'autres où personne ne discute. Ce sont les cas rares mais que l'on peut quelquefois rencontrer : le cancer du col tout à fait au début limité au col sans aucun envahissement avec un état général parfait. Cas rares, avons-nous dit, mais qui appartiennent au chirurgien et Regaud lui-même a écrit : « la préférence donnée à la chirurgie, même dans les meilleurs cas, est légitime tant qu'il

ne sera pas établi que la curiethérapie seule guérit une proportion de malades de cette catégorie au moins aussi grande que le fait la chirurgie ».

Entre ces deux extrêmes existe une série de cas, les cas-limite qui, suivant le tempérament de chacun, appartiennent ou non au chirurgien. Ce n'est que par un examen soigneux méthodique que l'on peut arriver à décider de l'opérabilité ou non.

L'examen local, examen général, tout entre ici en ligne de compte quand il s'agit d'une question aussi grave. Il ne faut pas se contenter de l'aspect du col pour en déduire l'extension du cancer. Tel cancer végétant formant un énorme champignon obstruant tout le fond du vagin, peut être un excellent cancer au point de vue chirurgical, les culs-de-sac vaginaux n'étant pas envahis, le paramètre étant intact. Tel autre cancer, à forme térébrante, peut ne paraître que limité à une des lèvres du col et, au contraire, envahir déjà le paramètre et être complètement inopérable.

Il faut donc, ayant examiné le col, explorer avec soin les parois du vagin surtout la paroi antérieure précocement envahie, les culs-de sac vaginaux qui peuvent avoir perdu leur souplesse ; explorer soigneusement la mobilité de l'utérus, qui ne doit pas être modifiée ou à peine diminuée. Cependant, il faut savoir que certains utérus mobiles sont le siège d'un cancer inopérable. Quand celui-ci colle au rectum ou à la vessie, l'utérus entraîne ces organes ; la mobilité est alors conservée, le paramètre appa-

raît indemne, le cas est cependant au-dessus des ressources de la chirurgie. Il faut examiner avec soin la base des ligaments larges qui peuvent apparaître indurés et rechercher s'il existe une propagation aux ligaments utéro-sacrés qui apparaissent comme deux cordes de chaque côté du cul-de-sac postérieur.

Si une extension légère au vagin n'est pas une contre-indication, une propagation au paramètre, si elle apparaît comme bi-latérale, contre-indique absolument toute intervention. Si elle est unilatérale, peut-être et c'est là que joue le facteur individuel, autorisera-t-elle une tentative. A ce point de vue, la technique que nous préconisons permet une intervention plus tardive car, comme nous l'avons dit, le vagin est sectionné à la demande des lésions, et, d'autre part l'utérus n'étant plus tenu par en bas, monte et permet une ablation plus large du paramètre.

Cet examen du bassin est donc, et nous le répétons, d'une importance capitale mais il doit, en outre, être complété par l'examen du rectum, toucher, rectoscopie si cela est utile et l'examen cystoscopique de la vessie. Toute lésion traduisant une extension du processus néoplasique à ces organes contre-indique toute intervention.

Mais ce n'est pas seulement de l'état du bassin qu'il faut conclure ou non à l'opérabilité. Il faut examiner la malade entièrement, rechercher, cela va de soi, s'il n'y a pas une propagation à distance.

Mais aussi, et surtout examiner l'habitus général de la femme, le fonctionnement de ses organes car il faut se rappeler que malgré les examens les plus soigneux et les plus attentifs cette opération réserve souvent bien des surprises agréables ou désagréables. Il faut donc s'efforcer de mettre toutes les chances dans son jeu.

De bons cas localement peuvent être de très mauvais cas au point de vue général. Il est des femmes ne présentant que des lésions encore au début qui sont cependant fatiguées, anémiées, déjà intoxiquées et qui ne supporteront pas le choc opératoire, alors que d'autres ont un état général floride malgré des lésions très avancées. L'examen des poumons, du cœur, des fonctions rénales s'imposent donc au même titre que celui de l'utérus.

Un facteur joue aussi un rôle important. C'est l'embompoint de la malade. Certaines femmes grasses rendent de par leur surcharge graisseuse une intervention de Wertheim-type impossible. Comme l'a fait remarquer Lecène, la technique vagino-abdominale facilite considérablement l'intervention. Nous ne voulons pas dire qu'elle est toujours possible mais la tâche est beaucoup plus aisée du fait de l'ascension de l'utérus.

Les indications opératoires peuvent donc, avec cette méthode être élargies pour le plus grand profit des malades, ablation possible plus large, plus facile d'un vagin déjà envahi, ablation plus large du paramètre dans les cas d'extension pelvienne, abla-

tion possible chez une femme ayant déjà acquis un certain embonpoint. Trois points importants qui font hésiter certains chirurgiens qui n'ont recours qu'au Wertheim-type.

Il est évident que rien n'empêche d'utiliser cette technique opératoire dans les cas de cancers traités auparavant par le radium suivant la méthode de MM. Gosset et Monod, méthode qui, dans des cas a la limite de l'opérabilité ou l'ayant déjà dépassée, permet beaucoup d'espoir et a donné entre les mains de ses auteurs de très gros succès.

Dans un cas l'intervention fût pratiquée pour un cancer du col restant après hystérectomie sub-totale. Dans ces mauvais cancers la voie vaginale seule est insuffisante, le col ne pouvant être pris dans des pinces qui le déchirent et l'ablation du paramètre est rendue difficile. La voie abdominale seule est délicate. Il faut réintervenir sur un ancien foyer opératoire ; les prises sont difficiles mais c'est la seule méthode ayant des chances de succès. La combinaison des deux voies, la vagino-abdominale présente son intérêt facilitant l'intervention par voie haute et permettant l'ablation la plus large possible. Dans ces cas, en effet, il faut souvent avoir recours à la chirurgie. L'application du radium étant délicate, difficile, on se trouve dans l'impossibilité de placer un tube radifère intra-cervical car il n'y a pas de corps utérin pour protéger les anses intestinales dont l'une a pu venir se placer au contact du moignon de col et risque alors la radionécrose.

VII

LES RÉSULTATS OBTENUS

Nous avons classé les résultats en deux catégories :

1° Les *accidents* : comprenant les morts opératoires avec les observations et leurs courbes de température et d'autre part, les incidents graves, blessure d'uretères, de vessie, de rectum qui ont pu survenir au cours de l'intervention.

2° *Les bons résultats immédiats et les résultats éloignés* : nous y analysons rapidement les résultats immédiats et lointains mais nous reportons les observations et les courbes thermiques à la fin de ce travail.

1° Les accidents et incidents.

Nous envisagerons dans ce chapitre les morts opératoires immédiates ou survenues dans les jours suivant l'intervention. Nous avons tenu à publier intégralement ces cas car l'on a toujours tendance à présenter les cas heureux et à chercher à passer sous silence les accidents que l'on a pu avoir. Nous allons donc ici, d'abord, présenter leur numéro

d'ordre et leur feuille de température les six cas de mort.

Observation 13

Mme C..., âgée de 33 ans, entrée à l'hôpital Cochin le 27 décembre 1921. Elle présentait depuis un mois des pertes rouges et répétées, d'abord intermittentes, puis continues, surtout pendant les huit jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Jusque-là, elle avait été bien réglée et n'avait jamais présenté aucun trouble génital.

Examen. — Au toucher le col est partiellement détruit par une ulcération à base dure et irrégulière. Le corps utérin apparaît comme encore mobile, les culs-de-sac vaginaux ne paraissent pas infiltrés.

Au spéculum, on constate la présence d'ulcérations à fond bourgeonnant saignant au moindre contact.

Biopsie. — Faite le 28 décembre le lendemain de son entrée à l'hôpital : épithélioma pavimenteux en partie basocellulaire, en partie à type malpighien, avec ébauche de globes cornés.

Pendant son séjour à l'hôpital du 27 décembre 1921 au 19 janvier 1922, la température qui avait au début tendance à osciller entre 37 et 38° pendant les premiers jours tend à se stabiliser à 37°5 (température rectale) à partir du 7 janvier. La malade est donc sensiblement apyréthique. On décide de l'opérer le 19 janvier.

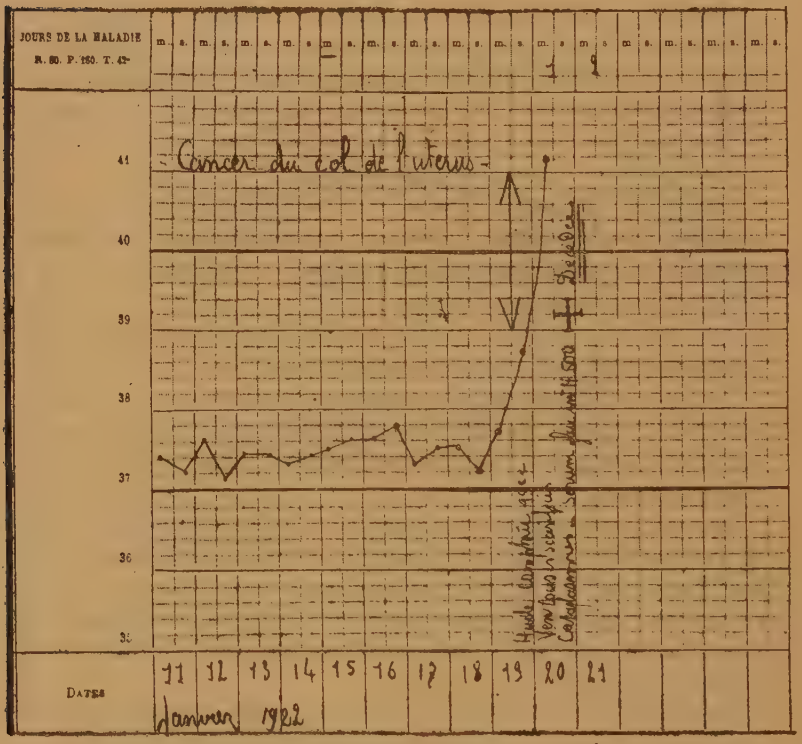
Intervention le 19 janvier 1922. Anesthésie rachidienne puis, pour terminer l'opération, celle-ci s'étant considérablement prolongée, anesthésie générale à l'éther.

Premier temps vaginal : rien de particulier. Section du vagin à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur.

Deuxième temps abdominal : Wertheim très difficile. On se trouve en présence d'un cas beaucoup plus étendu que l'examen ne pouvait le faire prévoir. Les deux uretères sont pris dans une gangue d'où il faut les dégager avec peine. Ablation de deux gros ganglions le long de l'artère iliaque externe droite.

Péritonisation difficile, drainage abdominal, fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — La malade est très choquée, le pouls est rapide, elle reçoit aussitôt cinq cmc. d'huile camphrée et 250 cmc. de sérum glucosé. Cette médication est renouvelée dans la journée jusqu'à concurrence de 15 cmc.



N° 13

d'huile camphrée et de 500 cmc. de sérum glucosé.

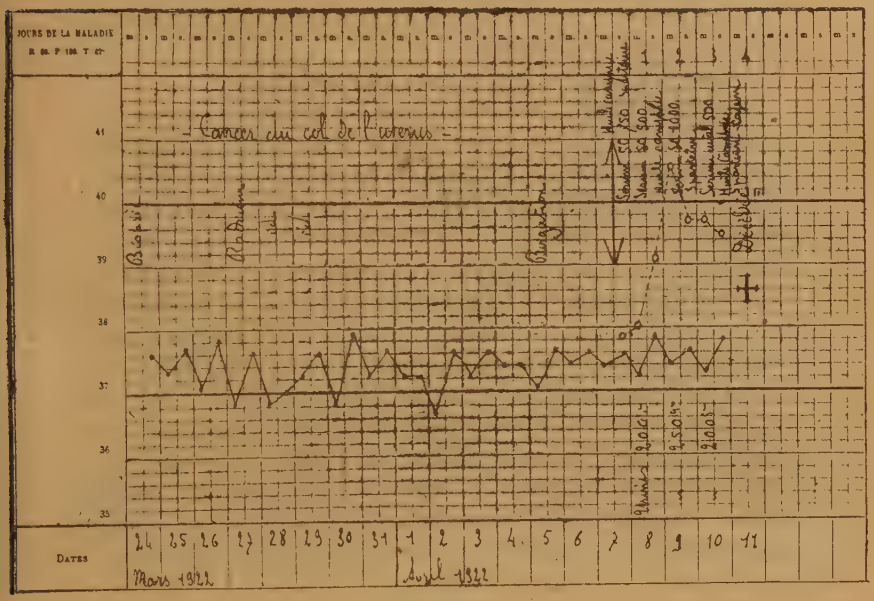
Le soir de l'opération, la température est de 38°9. L'état de choc est à peine dissipé.

Le lendemain matin 20 janvier, la température est à 41°1. Le pouls est incomptable et elle est dyspnéisante. Elle reçoit aussitôt 500 cmc. de sérum glucosé, 10 cmc. d'huile camphrée.

Elle meurt dans la matinée.

Observation 14

Mme B..., âgée de 59 ans, entre à l'hôpital Cochin le 24 mars 1922. Ménopause il y a 9 ans en 1913 à l'âge de 50 ans. Elle présente depuis huit mois des pertes rosées peu abondantes, non douloureuses mais continues. Depuis



N° 14

cinq mois, ces pertes sont devenues plus sanglantes avec apparition depuis quelques semaines de sensations de pesanteur dans le bas-ventre et, depuis quelques jours, de ténesme rectal, de fausses envies d'aller à la selle ; l'amaigrissement est prononcé.

Examen. — Malgré les troubles fonctionnels que la malade présente, les lésions apparaissent encore comme limitées. On constate au niveau du col la présence d'une ulcération creusante à bords épais et développés surtout aux dépens de la lèvre inférieure. Les culs-de-sac vaginaux, latéraux et postérieurs apparaissent souples, le cul-de-sac antérieur présente une légère infiltration au voisinage du

col. Le corps utérin est mobile et sa mobilité est légèrement diminuée. Le toucher rectal ne montre aucune manifestation du côté de la muqueuse rectale.

Biopsie. — Le 24 mars 1922, épithélioma pavimenteux très faiblement spino-cellulaire, seulement quelques ébauches de globes.

Pendant son séjour à l'hôpital du 24 mars au 7 avril, on lui fit une application de radium le 27, 28 et 29 mars.

Intervention le 7 avril 1922. Anesthésie rachidienne terminée par une éthérisation.

Premier temps vaginal : rien de spécial.

Deuxième temps abdominal : on est surpris par une infiltration de deux ligaments larges mais cette infiltration apparaît cependant plus inflammatoire que néoplasique.

Mais, le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin est adhérent au néoplasme. Cependant, la péritonisation est facile et complète. Drainage abdominal. Fermeture en trois plans.

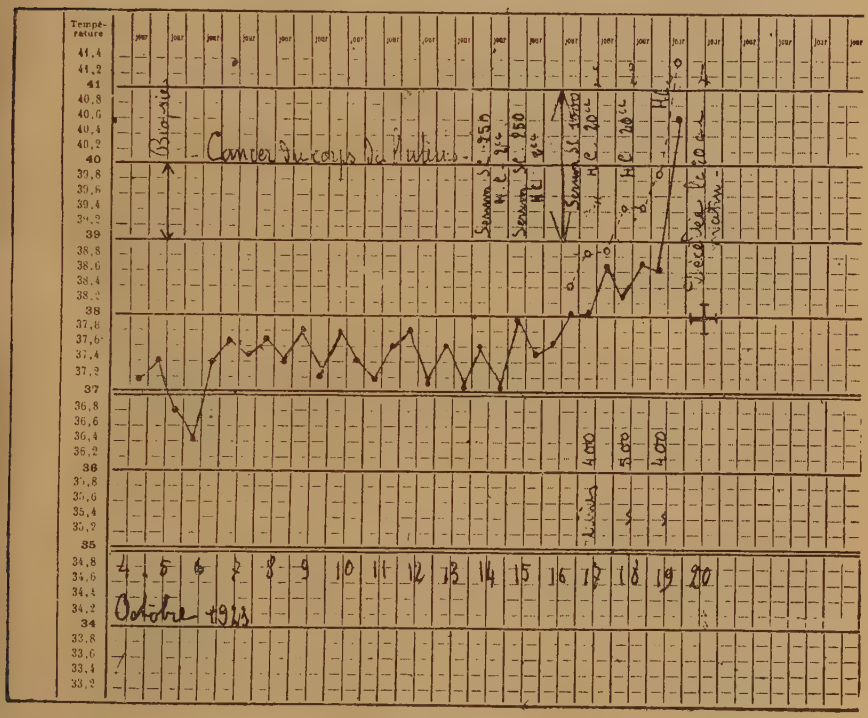
Suites opératoires. — Après l'intervention, la malade est très choquée ; cet état de choc va persister les jours suivants bien que la température n'atteigne à aucun moment 38°. L'état reste alarmant surtout en présence d'un pouls qui grimpe le soir du premier jour et qui, au deuxième jour atteint 150, étant dissocié d'avec la température qui était restée à 37°5. Malgré les injections répétées de sérum, d'huile camphrée, de spartéine et de caféine, la malade mourut dans la nuit du troisième ou du quatrième jour.

Ces deux observations peuvent être réunies, car chez ces deux femmes, le cancer avait largement dépassé, sans qu'on s'en doute, les limites de l'opérabilité. Ce furent des surprises opératoires. Dans aucun de ces deux cas, l'infection ne pouvait être envisagée comme cause de mort. La courbe du n° 14 est d'ailleurs éloquente à ce point de vue. Pendant trois jours, alors que le pouls grimpe, que l'état est alarmant, la température ne bronche pas et reste aux environs de 37°5. Un Mickulicz les eût-il

sauvées. Peut-être en abrégeant le temps de l'opération, mais rien ne le prouve, car le choc opératoire seul est en cause.

Observation 24

Mme M..., âgée de 46 ans, rentrée le 4 octobre 1923 à l'hôpital Cochin. Présentait depuis trois mois des pertes


Température
Biopsie
Cancer du corps de l'utérus
Sérum s. 1.350 H.C. 2 cc
Sérum s. 1.350 H.C. 4 cc
Sérum s. 1.350 H.C. 10 cc
H.C. 20 cc
H.C. 10 cc
Vésicat. de la région sus-pubienne
4 000
5 000
4 000
Urines
4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Octobre 1923

N° 24

rosées. Elle avait d'abord présenté des ménorragies, puis ultérieurement des métrorragies. Elle en était venue à perdre presque tous les jours.

Examen. — Le col est normal, l'utérus légèrement augmenté de volume mais de mobilité conservée. Cependant, la base du ligament large droit apparaît légèrement indurée.

Biopsie. — Fragments ramenés par curettage de la cavité utérine par trop petits pour pouvoir porter un diagnostic de certitude mais grosse probabilité d'épithélioma.

Intervention le 16 octobre 1923. Anesthésie rachidienne terminée en dernier lieu par une éthérisation.

Premier temps vaginal : dissection d'une collerette juste suffisante pour recouvrir le col. Fermeture des deux bouts entre lesquels on laisse un tampon pour arrêter un léger suintement.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères entourés surtout à droite par du tissu scléreux assez dense.

Péritonisation et suture sans drainage, l'opération ayant paru très simple.

Suites opératoires. — Dès le lendemain, la température se mit à monter progressivement, le pouls suivait une marche ascendante parallèle. Le troisième jour brusquement, la température fit un crochet à 40°6. En même temps, le pouls grimpait aux environs de 140 et la malade mourait au matin du quatrième jour.

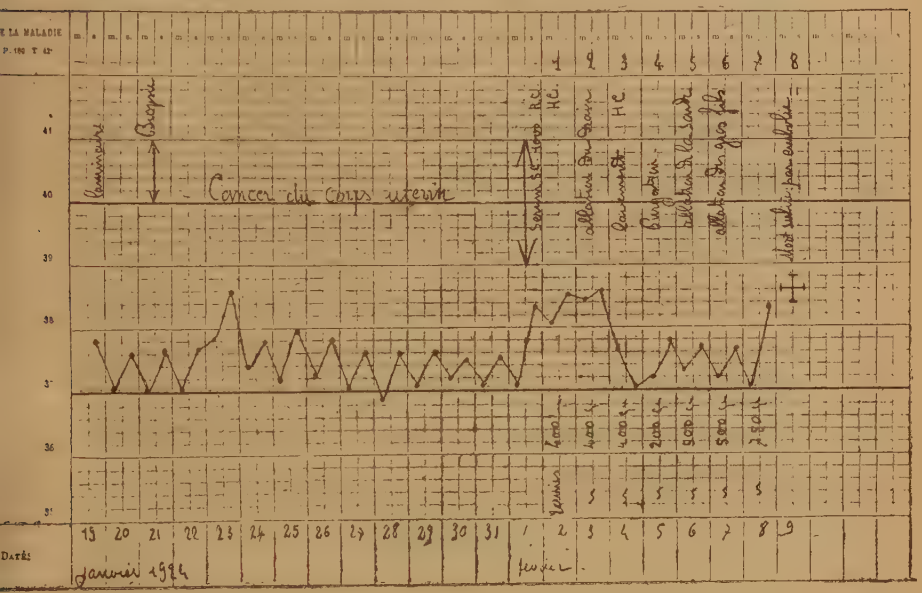
Cette courbe très différente des deux précédentes traduit nettement le développement d'un processus inflammatoire, cellulite pelvienne au début favorisées par deux facteurs :

1° La présence d'un tampon enfermé entre les deux temps au milieu du tissu cruenté, tampon mis par voie vaginale ayant pu se souiller au passage.

2° Une imprudence : l'absence de drainage expliquée par la simplicité de l'opération faite pour un cancer du corps et qui était apparue comme aseptique dans tous ses temps. C'est pour cette raison que nous avons insisté sur la nécessité d'un drainage dans tous les cas même quand il s'agit d'un cancer du corps.

Observation 29

Mme M..., âgée de 56 ans, entrée le 19 janvier 1924 à l'hôpital Cochin présente depuis trois semaines des pertes sanguines et une hydrorrhée abondante. La ménopause était survenue 5 ans auparavant à 51 ans. Elle n'avait eu aucune



N° 29

hémorragie jusqu'à ses trois dernières semaines, ni pertes d'aucune espèce.

Examen. — Gros utérus bosselé irrégulier, mais mobile ; le col est normal.

Biopsie. — Boyaux cancéreux formés de cellules atypiques dont l'origine est difficile à préciser.

Intervention le 1er février 1924. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : rien de particulier à signaler.

Deuxième temps abdominal : très simple.

Hystérectomie totale avec dissection des uretères et large ablation du paramètre.

Péritonisation, drainage hypogastrique et fermeture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce : épithélioma atypique très fragile avec de grosses masses nécrosées.

Suites opératoires : paraissaient devoir être normales et simples. Après une poussée de température à 38°5 le premier et le deuxième jour, la température était rapidement retombée à 37° et oscillait autour de 37°5 quand, brusquement, le soir du 7e jour, la température fit un crochet à 38°4 et dans la nuit du 7e au 8e jour, elle fit une embolie qui l'emporta rapidement en quelques heures.

La courbe de température montre que manifestement il n'y avait pas de manifestations infectieuse aiguës, la légère température du début peut, peut-être, traduire un léger processus inflammatoire à l'origine de la phlébite pelvienne, cause de l'embolie, mais infection bien minime puisqu'elle ne s'était traduite que par deux jours de température séparés du crochet annonciateur de la phlébite par 4 jours d'apyrexie.

Observation 46

Mme C..., âgée de 53 ans, entrée à l'hôpital Cochin le 12 avril 1926. Elle présentait depuis janvier un amaigrissement marqué et des pertes séro-purulentes rosées. La ménopause était survenue deux ans auparavant à 51 ans.

Examen. — Col dur, irrégulier, ulcéré, saignant au contact du doigt, corps utérin de volume normal, mobile : culs-de-sac souples.

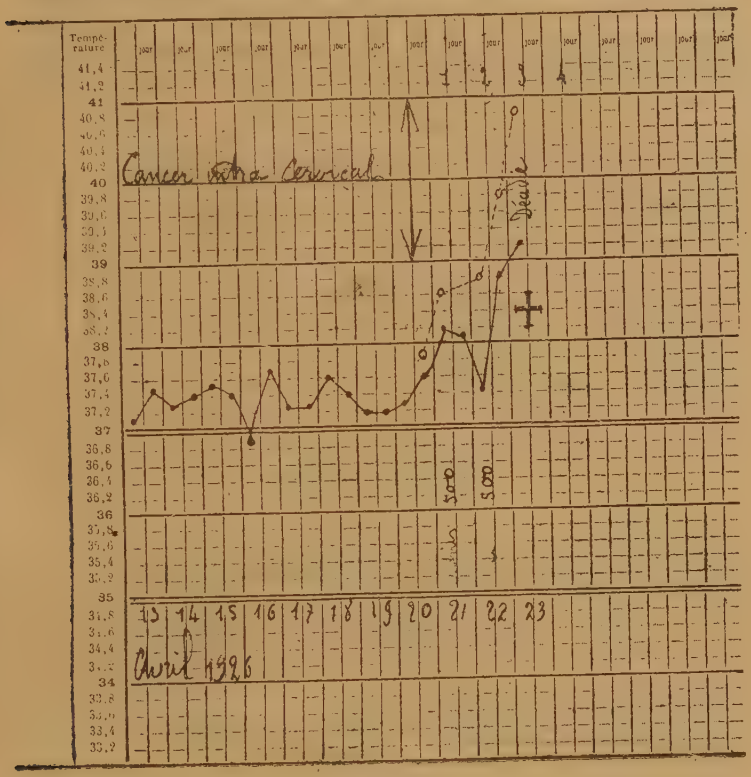
Spéculum. — Ulcération intra-cervicale qui commence à déborder sur la périphérie externe du col.

Biopsie. — Epithelioma pavimenteux du type malpighien des muqueuses (intermédiaire) à petites cellules, parakératose. En d'autres portions, épithélioma devenu atypique et infiltrant.

Intervention le 20 avril 1926. Anesthésie rachidienne insuffisante complétée par du chloroforme.

Premier temps vaginal : simple. Section de vagin à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec dissection des uretères rendue très difficile par la sclérose



N° 46

des pédicules qui attirent la vessie et viennent la plaquer contre l'utérus et la paroi pelvienne.

L'hémostase des pédicules vaginaux est rendue très difficile ; les veines saignent abondamment.

Surjet de péritonisation et fermeture en trois plans en laissant un drain dans le Douglas.

Intervention très pénible et très longue avec hémorragie importante.

Suites opératoires. — La malade est sortie de la salle d'opération en état de choc très prononcé. La thérapeutique

habituelle fut aussitôt mise en œuvre et le lendemain elle paraissait aller mieux, la température étant de 38°2 et le pouls n'atteignant pas 110 pulsations. Le deuxième jour au matin, elle était encore très fatiguée mais le pouls se maintenait. La température avait baissé quand, brusquement, le soir, l'état de choc a repris, contre lequel la thérapeutique fut inactive. Elle mourait le matin du troisième jour.

Il y eut donc chez cette malade, après un premier état de choc, une amorce de rémission puis une reprise brutale d'accident secondaire venu se surajouter. Cet état de choc est certainement dû à l'anesthésie, à la lenteur, la gravité de l'opération, et enfin, l'hémorragie.

Observation 55

Mme Co..., âgée de 64 ans, entrée le 10 mars 1927 à l'Hôpital Bichat. Se plaignait depuis trois mois d'hémorragies survenant de façon irrégulière et accompagnées de pertes blanches abondantes. Ménopause à 50 ans, 14 ans auparavant.

Examen. — Au niveau de la lèvre postérieure, se trouve une ulcération à fond dur paraissant sortir de l'intérieur du col. Le corps utérin était mobile et les culs-de-sac souples.

Trois jours avant l'opération, la malade a présenté une poussée thermique, puis la température retombe.

Intervention le 18 mars 1927. Anesthésie rachidienne.

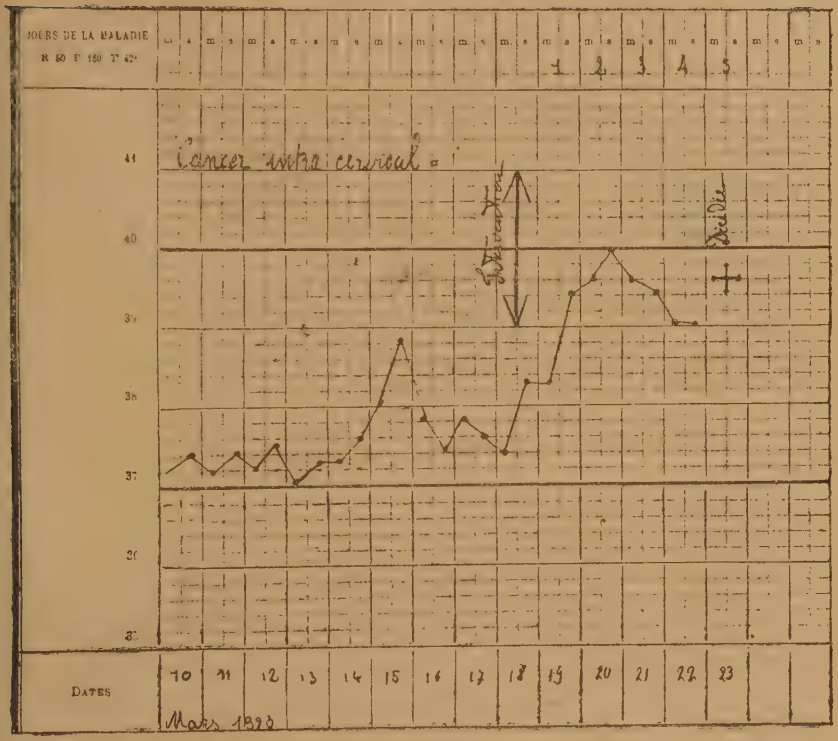
Premier temps vaginal : simple. Section du vagin au tiers supérieur.

Deuxième temps abdominal : facile. La libération des uretères est très facile des deux côtés. Opération simple dans l'ensemble.

Péritonisation et fermeture en trois plans avec drain.

Suites opératoires. — Dès le lendemain, température monte en échelon à 39°5 et le deuxième jour, elle atteignait

40°. L'état général était très sérieux. L'abdomen météorisé, la température semblait, le troisième et quatrième jours, vouloir descendre et évoluer vers une rémission, mais l'état



N° 55

général restait grave, et elle mourait dans la nuit du quatrième au cinquième jour.

Cette intervention fut probablement pratiquée trop tôt chez une femme insuffisamment préparée, ayant fait quelques jours avant une poussée thermique peut-être due à l'infection latente au niveau de l'ulcération néoplasique.

Ces six observations malheureuses montrent que :

Trois fois la mort fut due au choc opératoire :

Une foie à l'embolie brutale ;

Deux fois à l'infection.

Cette dernière cause est donc loin d'être la plus fréquente des causes de mort dans cette technique, qui passe pour commencer par un temps septique alors qu'on devrait théoriquement s'attendre à la trouver au premier plan. Elle vient par sa rareté démontrer que ce procédé n'expose pas spécialement à l'infection et que sa valeur est au moins égale à celle des autres techniques préconisées comme variantes ou dérivées du Wertheim type.

Les incidents survenus au cours des interventions sont d'ordres variés.

Nous ne relevons dans aucune observation de blessure du rectum. Dans un cas, cependant (Observation nº 28), il y eut une fistule recto-vaginale, dans des conditions un peu particulières. Antérieurement à l'opération, la malade avait suivi un traitement curiethérapique (trois semaines auparavant). Elle fut opérée le 16 janvier 1924.

Intervention : facile et simple. Trois mois après, en avril 1924, sans qu'il y ait de signe de récidive, apparut une petite fistule recto-vaginale au-dessous de la cicatrice vaginale. Nous ne pensons pas que cette fistule tardive doive être mise sur le compte de l'intervention mais nous supposons qu'elle est probablement due à une radionécrose tardive.

Dans un cas (nº 26), l'intervention fut considérable-

ment gênée par une hémorragie abondante malgré la ligature des deux hypogastriques, hémorragie d'origine veineuse qui fut difficile à arrêter. Ce ne fut qu'un incident opératoire. La malade sortit en effet 21 jours après l'intervention.

Deux fois (nº 17 et 19), le vagin fut recoupé au-dessous de la suture. Le plan de clivage vésico-vaginal ayant été abordé trop en avant. Ce ne fut qu'un incident, car dans les deux cas, on en fut quitte pour établir un drainage vaginal avec drain et mèches comme dans un Wertheim type. Les suites n'en furent pas compliquées. Les malades sortirent respectivement 33 et 36 jours après l'intervention, l'une, le nº 19, fut même revue en bon état sept ans après.

Une fois (nº 41) au cours du décollement vésical par voie abdominale, il y eut une forte adhérence de l'isthme utérin et la vessie fut un peu déchirée. Elle fut immédiatement suturée par un double sujet. Il n'y eut ni fistule ni troubles vésicaux par la suite, sortie 40 jours après l'intervention.

Cinq fois, il y eut des accidents urétéraux. Trois fois l'uretère avait été blessé au cours de l'intervention.

Une fois (nº 8), il y eut une petite plaie latérale qui fut aussitôt suturée. La guérison eut lieu sans incident.

Deux fois, il fut sectionné : il fut trouvé adhérent à un kyste de l'ovaire gauche (nº 20) et fut sectionné au détroit supérieur. Il fut aussitôt sutturé bout à

bout. Dans les jours suivants, apparut une fistule urinaire qui guérit spontanément environ trois semaines après.

Une autre fois (n° 58), en achevant le décollement vésico-utérin, l'uretère droit fut sectionné à son entrée dans la vessie. L'on fit une urétéro-cysto-néostomie au fil de lin pour fixer l'uretère à la muqueuse et au catgut pour le fixer à la musculeuse. Une fistule vaginale apparut dans la suite. La malade, sortie de l'hôpital, la fistule s'est tarie quelques semaines plus tard.

Par deux fois (n^{os} 33 et 64), sans qu'il y ait eu blessure de l'uretère, apparurent des fistules.

Pour le n° 33, la dissection de l'uretère gauche avait été pénible et avait dû être poussée d'assez près. 11 jours après l'intervention apparut une fistule urinaire vaginale. Cependant, à l'examen de la vessie, les deux uretères présentaient des éjaculations, mais l'uretère gauche ne put être cathétérisé au delà de 4 centimètres. La fistule urinaire se tarit spontanément mais il semble qu'ultérieurement, cette femme ait fait des accidents d'hydronéphrose du côté gauche, si nous en croyons une lettre de son médecin, qui demandait trois ans plus tard des précisions sur l'intervention faite.

Pour le n° 64, il s'agissait d'un cancer déjà avancé chez une jeune femme (31 ans). L'uretère droit fut dénudé au cours de l'intervention sur une très grande longueur. Six jours après, apparut une fistule urétéro-vaginale qui, actuellement, l'o-

pération remonte à trois mois, n'est pas tarie.

Dans ces deux cas, il semble bien qu'il s'agisse de nécrose partielle d'un uretère suivi de trop près au cours de l'intervention.

Sur ces cinq cas :

Une fois il n'y eut pas de suites fâcheuses.

Trois fois la fistule fut temporaire et se ferma spontanément.

Un cas est encore trop récent pour conclure.

Plusieurs fois dans les suites opératoires, survinrent de petits hématomes sous-péritonéaux qui se vidèrent spontanément par le vagin vers le 7e jour, quand le catgut du surjet vaginal se résorbait.

Deux fois survinrent des accidents occlusifs par parésie intestinale (nos 39 et 64).

Le no 39, vers le 16e et le 17e jour, les accidents cédèrent à l'hypophyse. Le no 64 au 34e jour, fit des accidents identiques qui cédèrent aussi à l'hypophyse. Une autre malade (no 21) deux mois après l'intervention fit une occlusion intestinale par bride qui fut opérée. La malade mourut trois jours plus tard.

2o Les bons résultats immédiats et les résultats éloignés.

En regard des six cas malheureux suivis de mort du fait de l'opération, quatre cancers du col et deux cancers du corps, nous pouvons inscrire 49 cas de cancers du col et 10 cas de cancers du corps ayant

eu immédiatement un résultat favorable. 49 cancers du col, dont un cancer du col restant ce qui ne fait, pour les cancers eu col pas tout à fait un décès pour 12 cas heureux. Cette proportion est une des plus belles que nous ayions trouvée. 30 de ces femmes sont sorties un mois au plus après l'intervention, soit un peu plus de 4 malades sur 7. Chez plus de la moitié des opérées, l'opération fut donc si bien supportée qu'elles purent quitter l'hôpital du 20e au 30e jour, un maximum se trouvant vers le 21e jour et s'étalant ensuite sur les jours suivants pour avoir un nouveau maximum le 26e jour.

Toutes les autres avaient eu des interventions plus difficiles, soit qu'il y ait eu des incidents opératoires, ou dans les jours suivants, des réactions pulmonaires, soit enfin que l'opération se soit trouvée compliquée du fait d'une propagation plus étendue du tissu néoplasique que l'examen ne le faisait supposer. Soit enfin du fait de lésions de voisinage, tels que salpingite, fibrome et kyste ovarien.

Cette proportion de malades sorties si peu de temps après une intervention réputée aussi grave est vraiment impressionnante surtout si l'on songe que huit femmes sont sorties du 20 et 21e jour, soit un peu plus de 1 sur 7. Chez ces femmes, l'opération élargie, et elle l'était, ne s'était donc pas montrée plus grave qu'une hystérectomie banale. Si ce terme de 20 jours apparaît comme la sortie la plus précoce et elle l'est réellement, plus tôt serait une

imprudence, le nombre important de femmes sorties moins d'un mois après l'intervention plaide en faveur de la méthode de péritonisation, et les gros avantages de cette technique sur celles du Mikulicz. Elle donne espoir avec des améliorations toujours possible, que cette opération sera rendue encore moins choquante, sera mieux supportée et par là, sera plus bénigne, sans pour cela réduire l'étendue de l'ablation du paramètre.

Nos courbes de température montrent d'autre part la façon remarquable dont ces femmes ont supporté l'intervention et l'absence fréquente de réaction thermique plaide encore pour cette méthode.

Nous avons désiré savoir ce qu'étaient devenues ces femmes opérées depuis quelques années. La tâche ne fut pas facile. Si de nombreuses femmes répondirent à notre appel, nous avons su par des membres de leur famille que certaines avaient présenté des récidives et étaient décédées. Enfin, et c'est ce que nous déplorons, un nombre trop grand de lettres est resté sans réponse. Nous avons eu ainsi des nouvelles de 43 femmes sur 59. Huit cancers du corps sur 10, 35 cancers du col sur 49. Nous présumons que parmi ces femmes dont nous n'avons pas eu de nouvelles, un certain nombre a dû mourir, d'autant plus que certaines étaient des femmes déjà âgées lors de leur opération. Nous déplorons cette absence de renseignements ne pouvant savoir si ce décès est dû ou non à une récidive.

Sur les huit cancers du corps dont nous avons

eu des nouvelles, deux ont eu des récidives rapides dans le cours de la première année. Les six autres ont été revues en bon état 11 ans, 9 ans, 7 ans, 6 ans, 4 ans et 3 ans après. Nous pensons qu'il est trop tôt pour parler de guérison trois et quatre ans après l'intervention. Nous pensons que quatre au moins doivent être considérées comme guéries.

Sur les 35 cancers du col, nous avons su que 11 ont présenté des récidives. Qu'une était morte d'occlusion intestinale et qu'une autre était décédée d'affection indéterminée sans qu'on sache s'il y avait une récidive ou non.

7 récidives sont apparues	dans le cours de la	deuxième année
2 récidives	—	troisième —
1 récidive	—	quatrième —
1 récidive	—	sixième —

Cette dernière est apparue tardivement le cap des cinq ans passé mais nous savons que des récidives peuvent apparaître plus tard encore au bout de huit, même quinze ans et M. Delagénière en a signalé une récemment au bout de vingt-deux ans, fait qui doit nous inciter à la prudence pour affirmer la guérison d'un cancer, sans que cependant rien ne nous permette d'affirmer la récidive au bout d'un laps de temps aussi long.

Les récidives constatées dans le service du Docteur Mocquot étaient toutes pelviennes ayant paru commencer dans ce qui restait de tissu cellulaire et ayant envahi, certaines, la cicatrice vaginale, d'autres, la vessie.

Le cancer du col restant avait récidivé au bout de trois ans.

Sur les 22 femmes revues en bon état, 10 ont été revues moins de cinq ans après l'intervention. Ces 10 femmes répondent aux observations ne remontant pas au delà de 1926, soit les 17 dernières observations qui, d'autre part, comptent deux décès opératoires, une récidive et une mort de cause inconnue. Trois femmes n'ayant pas répondu ou n'ayant pas été touchées par les convocations.

Nous avons par ailleurs retrouvé :

4	cas remontant à	5 ans
2	—	6 ans
1	—	7 ans
2	—	8 ans
1	—	9 ans
1	—	11 ans
1	—	16 ans

Ce dernier cas remontant à 16 ans était la première intervention faite par le Dr Mocquot suivant la technique qui fait l'objet de ce travail. Elle avait été opérée en mai 1914 et elle s'est présentée en parfait état 16 ans après à la consultation du service.

12 guérisons apparentes sur 31 cas remontant à 5 ans et plus ce qui nous fait un peu plus d'une malade sur trois, restant avec un inconnu de 8 malades dont nous n'avons pas pu avoir de nouvelles.

5 autres femmes ont été retrouvées en parfait état 4 ans après l'intervention (elles ont été opérées en 1926) ceci nous fait augurer une amélioration de ces chiffres.

Toutes les femmes que nous avons examinées en bon état présentaient une cicatrice vaginale souple, le bassin paraissait libre de tout empâtement ; il n'y avait pas de troubles rectaux ou urinaires, ces femmes, pour la plupart, avaient engraissé depuis leur opération et trouvaient une sérieuse amélioration.

VIII

ÉTUDE COMPARATIVE DES STATISTIQUES

Il nous a semblé intéressant pour terminer ce travail de comparer les résultats obtenus par la méthode opératoire que nous préconisons avec ceux obtenus par d'autres chirurgiens de divers pays.

Ce qui nous a paru donner de l'importance à notre statistique c'est que tous les cas ont été opérés par M. le docteur Mocquot et tous avec une technique sensiblement identique, les variantes ne portant que sur les points de détails de peu d'importance. Nous pouvons dire qu'il y a 54 hystérectomies élargies vagino-abdominales pour cancer du col comparables entre elles.

Deux points semblent avant tout devoir être envisagés :

1° La mortalité opératoire.

2° Les résultats au bout de cinq ans (nous prenons le cas de cinq ans parce que c'est celui généralement adopté à l'heure actuelle).

1° La mortalité opératoire.

De notre côté nous tablons sur 53 cancers du col avec 4 morts du fait de l'intervention, soit 7, 4 %.

En 1927, *The British Medical Journal* présenta une statistique obtenue en collationnant dans toutes les publications les statistiques de nombreux chirurgiens de tous les pays. Il arriva ainsi au total de 80.000 cas qui donnent 17, 3 % de mortalité. Ce chiffre ne présente d'autre intérêt que celui d'une moyenne car il englobe des techniques différentes, des opérations différentes et des cas qui ne sont pas comparables. Nous envisagerons les statistiques de chirurgiens utilisant le Wertheim-type ou l'un de ses dérivés mettant à part des procédés spéciaux tel celui de Mickulicz sur lequel nous reviendrons.

Cependant, nous avons été obligés d'éliminer, à regret, la plupart des statistiques Américaines. En effet, Lynch, dans un article paru dans *The journal of American Medical Association* du 20 novembre 1926 nous a appris que l'hysterectomie totale simple était l'opération couramment employée par les chirurgiens Américains, dans les cas de cancer du col sans ablation du paramètre « The ordinary panhysterectomy the operation usualy done in America lor the treament of cervical cancer. » Nous trouvons plus loin cette phrase qui montre bien ce qu'il faut entendre puisqu'il se dit partisan de l'opération élargie : « The time has now arrived when we believe

that the case has been prouved that the ordinary panhysterectomy has no place whatever in the treatment of cervical cancer. » Nous ne pouvons donc accepter sans réserves les statistiques américaines.

A ce point de vue, ce sont les statistiques des états de l'Europe Centrale : Autriche et Allemagne qui fournissent le meilleur appoint.

Nous n'avons pas en vue de passer en revue toutes les statistiques mais nous n'en citerons que quelques-unes qui nous ont paru intéressantes.

a) En France (sans intervention du Mickulicz) :

M. J. L. Faure estime la mortalité de 10 à 20 %.

M. de Fourmestrau sur 27 cancers du col opérés de 1908 à 1918 a huit morts dans la semaine qui a suivi, soit 26 %.

M. Violet dans une première statistique de 1909 à 1914, compte 26 opérations avec 4 morts opératoires, soit 15,3 %.

Dans une deuxième statistique, de 27 opérations depuis 1918, il compte trois morts opératoires, soit 11,1 %.

M. Begouin sur 75 Wertheim compte 6 morts, soit 8 %.

M. Albertin sur 310 hystérectomies élargies compte 68 morts post-opératoires, soit 21,9 %.

M. Villard compte une mortalité immédiate de 10,2 %.

MM. Gosset et R. Monod dans une série de

74 Wertheim faits après curiethérapie préventive, n'ont que 3 morts, soit 4 %. Ils ont eu 68 Wertheim de rang sans un décès dû à l'infection.

b) Dans les pays de langue anglaise :

Bonney, sur 100 Wertheim, compte 20 morts opératoires, soit 20 %.

Martzloff repousse le Wertheim qui, estime-t-il, a une mortalité de 25 à 70 %, mais jamais inférieure à 25 % ! Il fait une opération plus réduite qui lui donne encore 14,23 % de mortalité immédiate (nous n'insistons pas).

Fletcher Shaw a 12 % de mortalité immédiate.

Peterson sur 47 Wertheim a 14 morts opératoires, soit 29 %.

Cobb sur 60 Wertheim a 11,6 % de mortalité immédiate.

Davis sur 20 Wertheim a 3 morts, soit 15 %.

c) En Italie :

Picardo a une mortalité opératoire de 10,90 %.

d) En Europe centrale (Allemagne et Autriche) :

Bumm compte 157 Wertheim avec 21 décès, soit 13,5 %.

Mayer compte 343 Wertheim avec 68 décès, soit 19,8 %.

Giesceke compte 224 Wertheim avec 44 décès, soit 19,6 %.

Frantz a une mortalité moyenne de 14,8 %.

Philippe et Gornick ont une mortalité moyenne de 14,92 %.

Sweifel sur 281 Wertheim n'a que 15 morts opératoires, soit 5,3%.

Sussmann a 168 Wertheim avec 6 décès, soit 3,5 % et, comme nous l'avons déjà dit, il ne draine pas et péritonise.

Dalsgaard Nielsen a 26 Wertheim avec 9 décès, soit 34,6 %.

Weibel apportant la statistique globale de Wertheim, 1.500 cas, donne : dans une première série de 1.000, 16,3 % de mortalité opératoire. Dans une deuxième série de 500 : 13,8 % de mortalité opératoire.

Donc, grosse mortalité opératoire comprise dans les environs de 15 %, chiffre voisin du 17 % obtenu par *The Bristish Medical Journal.*

Eliminant le 70 %, réellement exceptionnel et surprenant, nous constatons que la majorité des chirurgiens oscille entre 10 et 20 %.

Notre statistique, avec 7,4 %, fait donc bonne figure et voisine avec des statistiques exceptionnelles telles celles de MM. Gosset et R. Monod à 4 % avec curiethérapie préventive, celle de Zweifel à 5,3 % et Sussmann à 3,5 % sans drainage. Elles se rapprochent aussi des statistiques améliorées pour certains chirurgiens par l'emploi systématique du Mickulicz, celle de M. J.-L. Faure qu'il estime à

4 % de mortalité immédiate et celle de M. de Fourmestrau qui, sur 61 cas n'eut que 5 décès opératoires, soit 8 %.

Mais, en dehors de ce pourcentage, il serait intéressant de savoir quel est le pourcentage des morts dues à l'infection, celles que vise à supprimer le Mickulicz.

Wiebel nous dit que la moitié des morts de Wertheim serait due à une péritonite, 50 %. 34 % seraient dus à la cellulite pelvienne. 12,6 % seraient dus à des suppurations de la paroi. Sur les 208 morts, il y en aurait 15 par embolie.

Les autres statistiques sont loin d'accuser une aussi forte proportion.

Albertin, sur ses 68 morts, n'en aurait eu que 9 par péritonite et 16 par cellulite pelvienne, soit respectivement 14,7 % et 23,4 %.

Martzoff sur 45 morts en a eu 5 par péritonite et une par abcès sous-phrénique, 11,1 %.

Sussmann sur 6 décès n'en a eu que 2 par péritonite.

Picardo qui, dans certains cas a utilisé le Mickulicz dit qu'aucune de ses morts ne paraît due à l'infection.

La majorité des morts semble due au choc opératoire sauf pour la statistique de Wertheim où il n'y en aurait eu que 4 cas, soit 1,90 %.

Sussmann un cas sur 6 décès.

Picardo 4 sur 8 décès.

Martzloff 10 sur 45 décès.

Albertin 26 sur 68 décès.

L'infection ne jouerait peut-être pas un rôle aussi important qu'on veut bien le dire si nous en croyons ces diverses statistiques.

2° Les guérisons après cinq ans.

Le cap de 5 ans est celui généralement admis comme terme permettant d'escompter une guérison depuis que Wertheim qui l'avait fixé primitivement à trois ans a montré que les récidives étaient fréquentes dans le cours de la 3e et de la 4e année.

Nous avons vu que ce cap de 5 ans, s'il donne de grosses probabilités, ne peut nous donner une certitude puisque les récidives ont pu apparaître jusqu'à 22 ans après l'hystérectomie.

Nous avons une proportion de 40,19 % de femmes qui, ayant supporté l'opération, ont été retrouvées 5 ans et plus après l'intervention.

The British Medical Journal dans cette même statistique dont nous avons parlé donne 37,6 % de guérisons après 5 ans. Ce chiffre n'est, comme nous l'avons déjà dit, qu'une indication.

Nous plaçons à part la statistique de MM. Gosset et R. Monod due à l'Association Radium Chirurgie avec un peu plus de 50 % de succès.

Mais nous trouvons :

M. Begouin compte 50 % de survie au bout de 10 ans.

Bumm avec 77 survies de 5 ans, soit 49 %.

Mayer, avec 107 survies de 5 ans, soit 39,3 %.

Giesecke avec 75 survies de 5 ans, soit 36 %.

Wertheim avec 40 % de survies de 5 ans.

Zweifel avec 50,8 % de survies de 5 ans.

Schweitzer avec 41,5 % de survies de 5 ans.

Philippe et Gornick avec 40,79 % de survies de 5 ans.

Franz avec 43,93 % de survies de 5 ans.

Dalsgaard Nielsen avec 41 % de survies de 5 ans.

Martzloff avec 26,6 % de survies de 5 ans.

Bonney avec 40 % de survies de 5 ans.

Farrar Cobb avec 57 % de survies de 5 ans.

Peterson avec 40,9 % de survies de 5 ans.

Davis avec 40 % de survies de 5 ans.

Taylor et Peightal avec 25 % de survies de 5 ans.

Fletcher Schaw avec 39,5 % de survies de 5 ans et 32 % de survies de 7 ans.

Nous voyons que sur ces 18 statistiques, 9 sont comprises entre 39 et 41 %. Celles atteignant le 50 % apparaissent comme l'exception. Il semble donc que le chiffre moyen raisonnable est de 40 % de survies après 5 ans. Nous arrivons à 40,19 %. Nous sommes donc dans la zone que l'on peut considérer comme celle actuellement normale de guérisons par l'opération de Wertheim.

Ce chiffre est déjà relativement satisfaisant.

Il faut espérer qu'il ira en s'améliorant et que la technique que nous présentons en faveur de laquelle plaident les résultats que nous publions, séduira d'autres chirurgiens ; peut-être l'emploi judicieux du

radium préopératoire en améliorera-t-il les résultats. Nous pensons que ce sera pour le plus grand bien de ces malheureuses vouées à la mort après une période plus ou moins longue de souffrances atroces.

OBSERVATIONS

Nous devons ces 65 observations à l'obligeance de M. le Dr Mocquot qui a bien voulu nous les confier ainsi que ses cahiers opératoires.

Les examens histologiques ont été faits au Laboratoire de la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Cochin au Service de M. le Professeur Quénu, puis de M. le Professeur Delbet.

Si certaines observations apparaissent réduites, c'est que nous n'avons voulu reproduire que des documents sûrs, nous fiant surtout aux comptes rendus opératoires. Nous avons tenu à reproduire la plupart des courbes thermiques. Nous n'avons cependant pas pu retrouver celles antérieures à 1921. D'autre part, nous n'avons pas voulu reproduire les examens histologiques de l'année 1919 faute de pouvoir les identifier de façon suffisante, les noms des malades ayant été remplacé cette année-là sur le cahier des pièces et biopsies par un numéro d'ordre.

Observation 1

Mme L..., âgée de 41 ans, entrée à l'Hôpital Cochin le 20 mai 1914.

Présentait un cancer intra-cervical avec fibrome. Biopsie : épithélioma cylindrique.

Intervention 29 mai 1914.

Premier temps vaginal : dissection d'une collerette vaginale et de la partie inférieure du col. Fermeture du col. Fermeture du vagin.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères et ablation du paramètre.

Péritonisation : suture sans drainage.

Suites opératoires. — Simples. Sortie de l'hôpital le 21 juin 1914, soit 23 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Revue 16 ans après en très bon état général avec une cicatrice vaginale souple, un bassin absolument souple. Aucuns troubles urinaires ou rectaux.

Observation 2

Mme Ma..., âgée de 43 ans, entrée à l'Hôpital Cochin le 1er juin 1914 pour cancer végétant du col de l'utérus.

Intervention le 9 juin 1914.

Premier temps vaginal : section circulaire et fermeture en amorçant à peine le décollement.

Deuxième temps abdominal : l'hystérectomie totale suivant la technique habituelle avec dissection des uretères. Péritonisation et suture sans drainage.

Suites opératoires. — Simples. La malade est sortie le 5 juillet 1914, soit 26 jours après son intervention.

Suites éloignées. — A été revue en novembre 1915, 1 an après, en bon état, sans aucun signe de récidive. Depuis elle a été perdue de vue.

Observation 3

Mlle H..., âgée de 56 ans, entrée à l'hôpital Cochin le 23 janvier 1919.

Intervention le 1er février 1919 pour un cancer du corps utérin siégeant au niveau de la corne droite.

Premier temps vaginal : Section et fermeture du vagin immédiatement en avant du col. Amorce de dissection.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie abdominale totale avec libération des uretères. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Très simples. Est sortie de l'hôpita

le 23 février 1919, soit 22 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue 1 an après, en 1920, avec une récidive vaginale. Végétations au fond du vagin et plus bas sur la paroi latérale. Depuis, nous n'avons pas su ce qu'elle était devenue.

Observation 4

Mme M..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Cochin le 7 février 1919.

Intervention le 14 février 1919 pour cancer du corps de l'utérus.

Premier temps vaginal : section du vagin et fermeture en avant du col.

Deuxième temps abdominal : utérus fixé surtout à gauche. Le ligament large est épaissi et rétracté mais ces altérations paraissent de nature inflammatoire.

Hystérectomie abdominale totale avec ablation la plus large possible du paramètre. Adhérence de la vessie à la partie antérieure gauche du col, paraissant aussi de nature inflammatoire. Péritonisation et suture avec un drain.

Suites opératoires. — Simples. La malade est sortie le 7 mars, soit 20 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Revue en parfait état 11 ans après l'intervention.

Observation 5

Mme Ca..., âgée de 56 ans, entrée à l'hôpital Cochin le 20 avril 1919 pour un cancer ulcérant du col de l'utérus commençant à envahir légèrement le vagin, mais utérus mobile.

Intervention le 26 avril 1919.

Premier temps vaginal : Section du vagin au tiers moyen.

Dissection et fermeture des deux bouts du vagin.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie avec libérations des uretères et évidement pelvien. Péritonisation et suture avec un drain.

Suites opératoires. — Est sortie le 6 juillet 1919.

Suites éloignées. — A été revue un an après en parfait état général. Le fond du vagin était souple. Il n'y avait pas de signe de récidive.

Revue en parfait état 11 ans après l'intervention, sans signes de récidive.

Observation 6

Mme Du..., âgée de 34 ans, entrée le 5 mai 1919 à l'hôpital Cochin pour un cancer végétant du col.

Intervention le 13 mai 1919.

Premier temps vaginal : section du vagin à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Dissection et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec extirpation large du paramètre et dissection des uretères, trois ganglions enlevés sur la bifurcation iliaque.

Suites opératoires. — Est sortie le 21 juin, soit 39 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Décédée de récidive au cours de la 2e année.

Observation 7

Mme B..., âgée de 53 ans, entrée le 2 juin 1920 à l'hôpital Cochin. Avait été opérée en 1916, par M. le Professeur Quenu, pour un cancer de l'angle gauche du côlon. Revenait avec un cancer intra-cervical.

Biopsie. — Epithélioma cylindrique.

Intervention le 8 juin 1920.

Premier temps vaginal : dissection d'une collerette vaginale à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur et fermeture du vagin.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères. Les deux ovaires sont adhérents. Le gauche est prolabé au fond du douglas et fort adhérent à la face antérieure du rectum. On se demande s'il n'est pas néoplasique Il reste une petite plaque sur la face antérieure du rectum qui est enfouie. Péritonisation, suture avec drainage.

Examen de la pièce. — Petit cancer du canal cervical paraissant sans envahissement musculaire profond.

Suites opératoires. — Assez simples. Il y eut pas de

troubles rectaux. Est sortie de l'hôpital le 16 juillet 1920, soit 37 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Malade complètement perdue de vue.

Observation 8

Mme L..., âgée de 60 ans. Opérée dans une clinique de ville le 10 décembre 1920 pour un épithélioma du col utérin.

Premier temps vaginal : dissection d'une collerette vaginale et fermeture.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec libération des uretères. Ablation large du paramètre. Au cours de la libération de l'uretère droit, l'on fait une petite plaie latérale de cet uretère qui est immédiatement suturée. Péritonisation, suture et drainage.

Suites opératoires. — Simples. Il n'y eut pas d'incidents urinaires.

Suites éloignées. — Un an après l'intervention, paraissait une récidive sur la paroi pelvienne (ganglions ?). Est décédée au début de 1922.

Observation 9

Mme M..., âgée de 42 ans, entrée à l'hôpital Cochin le 10 mars 1921 pour un cancer de la lèvre antérieure du col de l'utérus.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux excessivement envahissant avec indication de globes.

Intervention le 15 mars 1921. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section circulaire du vagin au tiers supérieur. Fermeture des deux bouts après libération du bout supérieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec large ablation du paramètre. Il y a un très gros ganglion collé sur les vaisseaux iliaques gauches. Péritonisation. Fermeture de la paroi avec drainage.

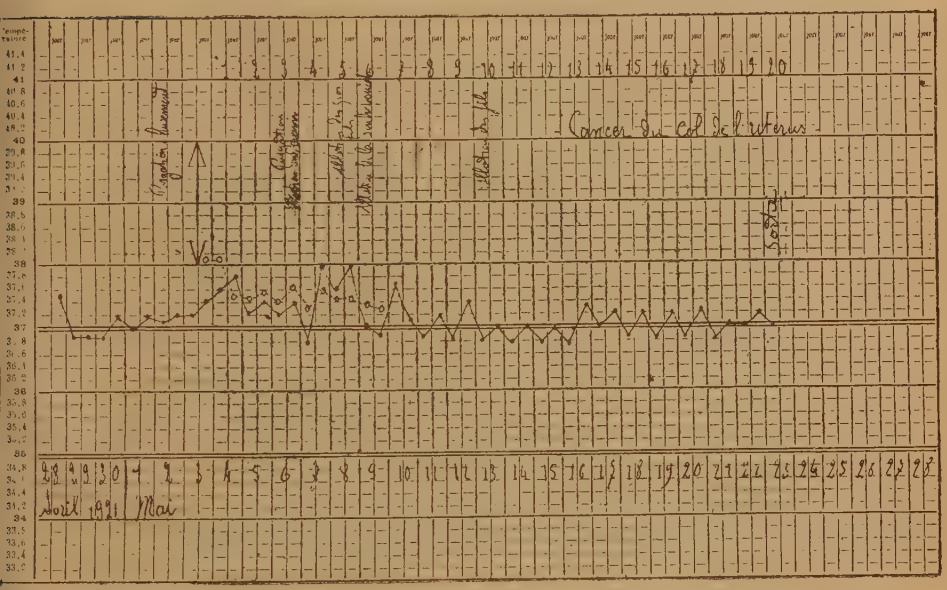
Suites opératoires. — Très simples. Est sortie de l'hôpital le 8 avril 1921, soit 24 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue en parfait état 9 ans après l'intervention.

Observation 10

Mme R..., âgée de 54 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 28 avril 1921. Ménopause 2 ans auparavant. Depuis deux mois, réapparition de pertes rouges avec hydrorrhée roussâtre mais non fétide.

Examen. — Bon état général. Petite ulcération saignotante du col. Culs-de-sac vaginaux souples. Corps mobile de volume normal.



N° 10

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux.

Intervention le 3 mai 1921. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur. Décollement et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères. Ablation du paramètre. Péritonisation. Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Examen de la pièce. — Petite cavité térébrante pénétrant profondément dans le col.

Suites opératoires. — Très simples. La température n'a pas atteint 38°. Est sortie de l'hôpital le 23 mai 1921, soit 20 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Revue le 9 mars 1927 (6 ans après l'intervention). Elle se plaignait de petites pertes de sang et de pus depuis quelques jours.

Au toucher : ulcération de la corne gauche du vagin avec au-dessus masse adhérente du volume d'une noix verte.

Au spéculum : ulcération avec pertuis paraissant conduire dans cette cavité répondant à la tumeur perçue au toucher.

Observation 11

Mme C..., âgée de 61 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 25 novembre 1921. Ménopause à 48 ans. Depuis 1 an, elle est traitée par la radiothérapie pour des pertes fétides et des hémorragies. Une biopsie aurait été faite au début de 1921 et la réponse du laboratoire aurait été : endométrite.

Examen. — Col sain légèrement entr'ouvert. Gros utérus en légère rétroflexion mais mobile.

Biopsie. — Prélèvement plein de culs-de-sac glandulaires hyperplasiques avec cellules à l'état de division indirecte.

Intervention le 13 décembre 1921. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Dissection d'une collerette vaginale, enfouissement du col. Fermeture des deux bouts.

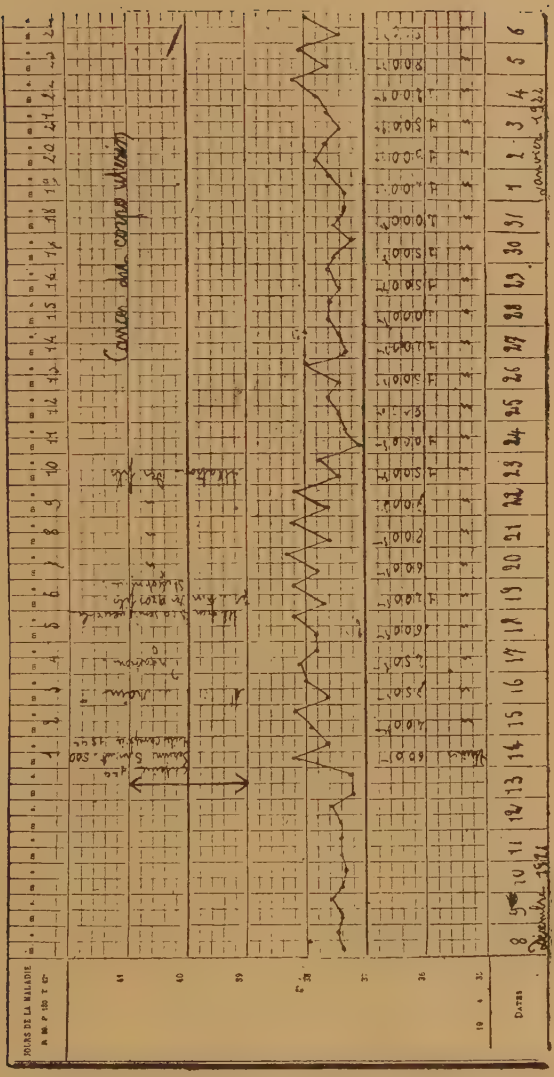
Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec ablation du paramètre. Libération des uretères, péritonisation. Fermeture avec drainage.

Examen de la pièce : 1° Au niveau de la corne gauche sous le péritoine, il y a un petit noyau blanchâtre.

2° Ouverture de la pièce : épithélioma typique du corps envahissant une grande partie de la muqueuse avec prolongement dans le muscle utérin jusque sous le péritoine au niveau de la corne gauche.

Suites opératoires. — Très simples. La température se maintient dans les environs de 38° pendant quelques jours puis retomba à 37°. La malade est sortie de l'hôpital le 26 février 1922.

Suites éloignées. — La malade fut revue dans le cours de



N° 11

la première année puis trois ans, quatre et enfin 9 ans après l'intervention. Il n'y a aucun signe de récidive. Elle est en parfait état.

Observation 12

Mme D..., âgée de 47 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 14 décembre 1921 pour des hémorragies répétées depuis six mois, accompagnées d'hydrorrhée abondante.

Examen. — Col légèrement entr'ouvert. Corps utérin augmenté de volume et mobile.

Biopsie le 2 décembre 1921 Hyperplasie gandulaire notable avec végétations endoglandulaires. Les culs-de-sac glandulaires sont entourés d'un tissu également hyperplasié. Il y a une grande activité glandulaire.

Intervention le 20 décembre 1921. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Dissection d'une collerette du vagin et fermeture du vagin.

Deuxième temps abdominal : Opération de Wertheim ; la dénudation des uretères n'est cependant faite que sur une faible étendue. Péritonisation et fermeture sans drainage.

Examen de la pièce. — Muqueuse fortement hypertrophiée, friable, l'aspect manifestement néoplasique ; bourgeonnements ayant envahi presque la totalité de la muqueuse du corps.

Suites opératoires. — Très simples. Pendant deux jours la température reste autour de 38° puis retombe à 37°. Sortie de l'hôpital le 9 janvier 1922, soit 20 jours après l'intervention.

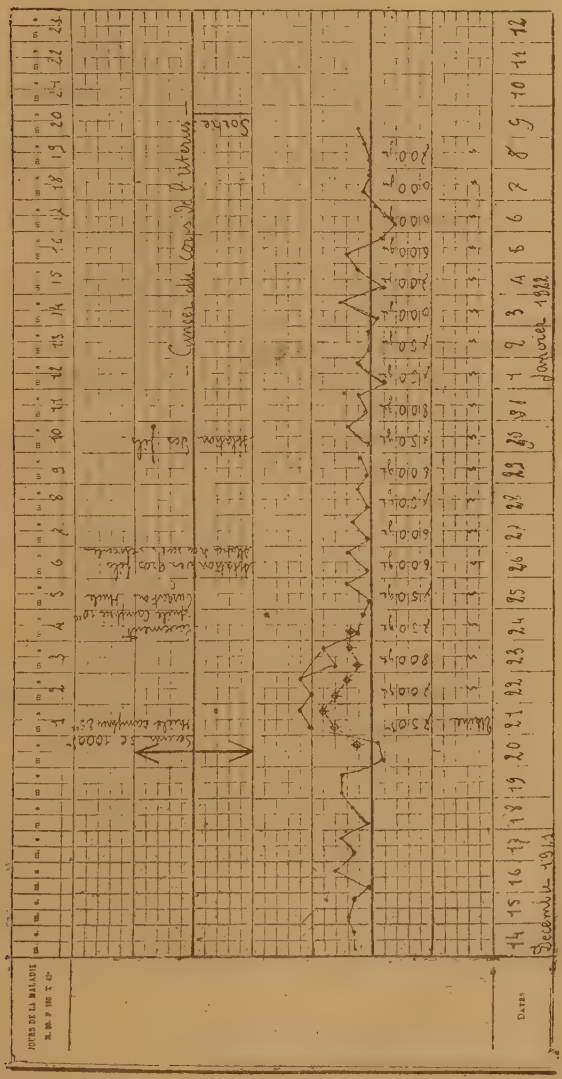
Suites éloignées. — La malade a été complètement perdue de vue depuis 1922.

Observation 13

(Se reporter au chapitre VII)

Observation 14

(Se reporter au chapitre (VII)



N° 12

Observation 15

Mme G..., âgée de 48 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 16 mars 1922. Depuis 6 mois, pertes rouges abondantes et pertes glaireuses fétides.

Examen. — Cancer bourgeonnant du col. Corps utérin : mobile.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux du type intermédiaire.

Intervention le 23 mai 1922. Anesthésie rachidienne. Éther pour terminer le temps abdominal.

Premier temps vaginal : curettage et cautérisation au thermocautère du col utérin. Dissection d'une collerette vaginale et fermeture des deux bouts du vagin.

Deuxième temps abdominal : Opération de Wertheim avec libération des uretères et ablation large du paramètre. Péritonisation. Drainage abdominal.

Examen de la pièce. — Le col était entièrement détruit par le curettage et le thermocautère et à l'examen histologique, on ne retrouvait plus trace du néoplasme.

Suites opératoires. — La malade fit une poussée de température à 39° puis à 40° le 2e jour. Elle redevint apyrétique les jours suivants. Est sortie de l'hôpital le 27 juin, soit 33 jours après l'intervention

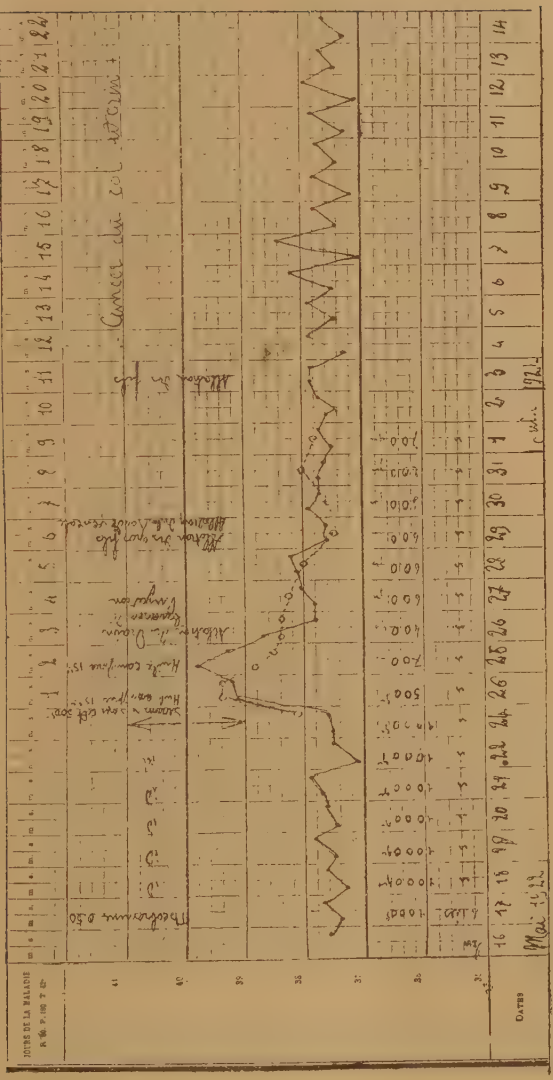
Suites éloignées. — Fut revue au début de la 2e année avec un noyau de récidive sur la paroi antérieure du vagin. Traitement par le radium. Fut revue trois mois plus tard avec une récidive vaginale continuant à évoluer et apparition de phénomènes de rectite. Une biopsie donne un résultat identique à celui des résultats déjà obtenus antérieurement. Nous n'avons pas eu de nouvelles depuis.

Observation 16

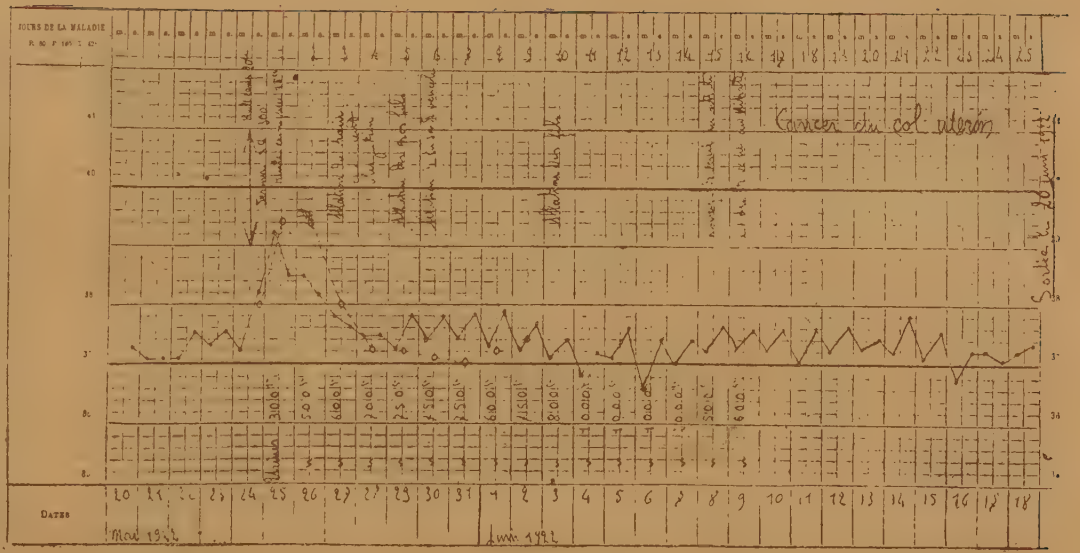
Mme R..., âgée de 37 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 18 mai 1922. Présentait un cancer végétant du col.

Intervention le 24 mai 1922. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Précédé d'un curettage et d'une



N° 15


JOURS DE LA MALADIE
Cancer du col utérin
Sortie le 20 juin 1922
DATES
Mai 1922
Juin 1922

N° 16

cautisation au thermocautère du col utérin. Section du vagin au tiers supérieur. Fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : opération de Wertheim avec dissection des deux uretères et ablation large du paramètre. Hémorragie veineuse un peu gênante. Péritonisation. Drainage abdominal.

Examen histologique de la pièce. — Epithélioma glandulaire.

Suites opératoires.— Le lendemain de l'intervention, crochet de température à 39°, puis chute rapide. La malade est sortie de l'hôpital le 20 juin soit 26 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Nous avons eu de ses nouvelles par son médecin huit ans après l'intervention. Il n'y a aucun signe de récidive, pas de pertes, pas de troubles urinaires ou rectaux. L'état général est parfait.

Observation 17

Mme P..., âgée de 37 ans, est entrée à l'hôpital Cochin le 9 novembre 1922. Une biopsie avait été faite en juillet 1922 : Epithélioma type mixte, baso-cellulaire et pavimenteux à cellules polyédriques et nombreuses mitoses. Traitée par le radium du 11 au 15 juillet. Elle est revue le 6 octobre très améliorée. Une nouvelle biopsie montre qu'il ne semble pas persister de cancer mais plutôt une grande activité régénératrice avec des mitoses. La conclusion en était qu'il fallait continuer à la surveiller.

Intervention le 21 novembre 1922. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section et fermeture d'une collerette vaginale, mais on se trouve dans l'impossibilité de disséquer le vagin. Aussi, on ne ferme pas le bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : opération de Wertheim avec ligature bi-latérale de l'hypogastrique. Dissection des deux uretères particulièrement difficile à gauche, celui-ci adhère à une masse néoplasique. Recoupe du vagin. Drainage vaginal. Péritonisation et drainage abdominal.

Examen de la pièce. — Grosse tumeur blanchâtre ayant envahi tout le col et remontant jusqu'aux deux tiers de la

hauteur du corps. Tumeur ulcérée et nécrotique dans sa portion inférieure du fait de l'action du radium.

Suites opératoires. — Furent simples. Elle sortit de l'hôpital le 24 décembre, soit 33 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Fut revue 1 an après l'intervention en bon état général mais se plaignait d'une légère incontinence passagère d'urines et de quelques douleurs le matin avant d'aller à la selle. Il n'y avait pas de signe de récidive. On ne trouvait qu'une bride cicatricielle sténosant en avant la lumière rectale. Depuis la malade a été perdue de vue.

Observation 18

Mme Nig..., âgée de 48 ans, entrée dans une clinique de ville pour un épithélioma du corps utérin qui avait déjà auparavant, dans le cours du mois de novembre, était traitée en province par une application de radium pendant 48 heures.

Biopsie.— Dans un tissu inflammatoire subsiste des masses épithéliomateuses pavimenteuses avec globes cornés. Monstruosités nucléaires de toutes formes, surtout gigantisme.

Intervention le 18 décembre 1922.

Premier temps vaginal : dissection d'une collerette et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : opération de Wertheim avec libération des uretères.

Examen de la pièce. — Col partiellement détruit mais la tumeur ne s'étend pas notablement en hauteur. Epithélioma atypique infiltré, très dissocié par l'envahissement de cellules inflammatoires. Pas de filaments d'union, sauf au voisinage du col. Tendance à la parakératose, noyaux très tourmentés.

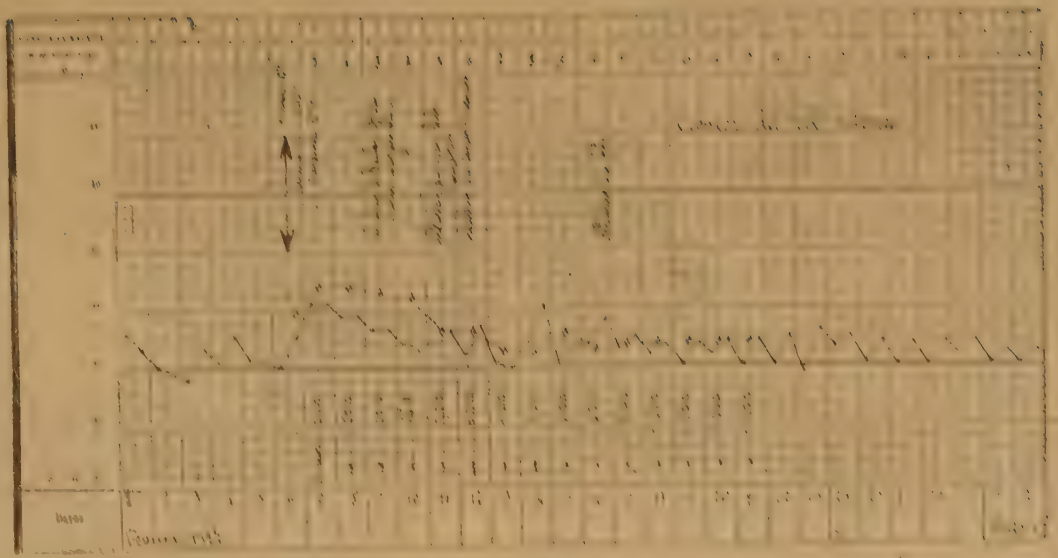
Suites opératoires. — Normales et simples.

Suites éloignées. — Revue 8 ans après en bon état.

Observation 19

Mme G..., âgée de 46 ans, entrée à l'hôpital le 29 janvier 1923.

Examen. — Col irrégulier et bourgeonnant. Corps utérin mobile.



№ 19

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux intermédiaire ; quelques rares globes.

Intervention le 6 février 1923. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur. Dissection et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : opération de Wertheim avec ligature des deux hypogastriques. Libération des uretères. Le décollement de la vessie se trouve poussé dans un plan plus antérieur que celui où il a été amorcé par voie périnéale, si bien que l'on est amené à recouper le vagin au-dessous de la section initiale. Drainage vaginal, un drain et deux mèches. Peritonisation par-dessus. Suture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires. — Simples, poussée de température à 38° le lendemain de l'intervention. Descente progressive à 37° le jour suivant. La malade est sortie de l'hôpital le 14 mars 1923, soit 36 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue 7 ans après l'intervention en parfait état, sans aucun signe de récidive.

Observation 20

Mme Ch..., âgé de 42 ans. Intervention en ville pour un cancer végétant du col empiétant un peu sur le vagin ; coexistant avec ce cancer existe un volumineux kyste de l'ovaire.

Intervention le 13 mars 1923.

Premier temps vaginal : dissection d'une collerette et fermeture des deux bouts du vagin.

Deuxième temps abdominal : ablation du kyste. L'uretère gauche se trouve englobé dans la paroi du kyste et sectionné au détroit supérieur.

Hystérectomie suivant le procédé de Wertheim avec dissection des uretères.

Suture bout à bout de l'uretère gauche. Fermeture en trois plans après péritonisation et drainage hypogastrique.

Examen de la pièce. — Epithélioma pavimenteux polyédrique type des muqueuses formant des globes parakératosiques et des noyaux de dégénérescence. Monstruosités nucléaires.

Suites opératoires. — Il y eut une fistule urétérale temporaire qui guérit spontanément.

Suites éloignées. — Apparition de récidive au cours de la première année et mort en avril 1924.

Observation 21

Mme M.. , âgée de 58 ans. Entrée le 7 mai 1923 à l'Hôpital Cochin pour cancer du col de l'utérus. Traitée auparavant par le radium.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux baso-cellulaire.

Intervention le 28 juin 1923. Anesthésie rachidienne complétée à la fin du temps abdominal par de l'éther.

Premier temps vaginal : section du vagin à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères. On est un peu gêné par la présence de fortes adhérences fibreuses au fond du Douglas mais la dissection en est relativement facile. Les pédicules ne paraissent pas infiltrés. Péritonisation et suture avec un drain. Au cours de la dissection, le bout inférieur du vagin a reçu un coup de ciseaux au niveau de l'angle droit. Suture immédiate avec un seul point.

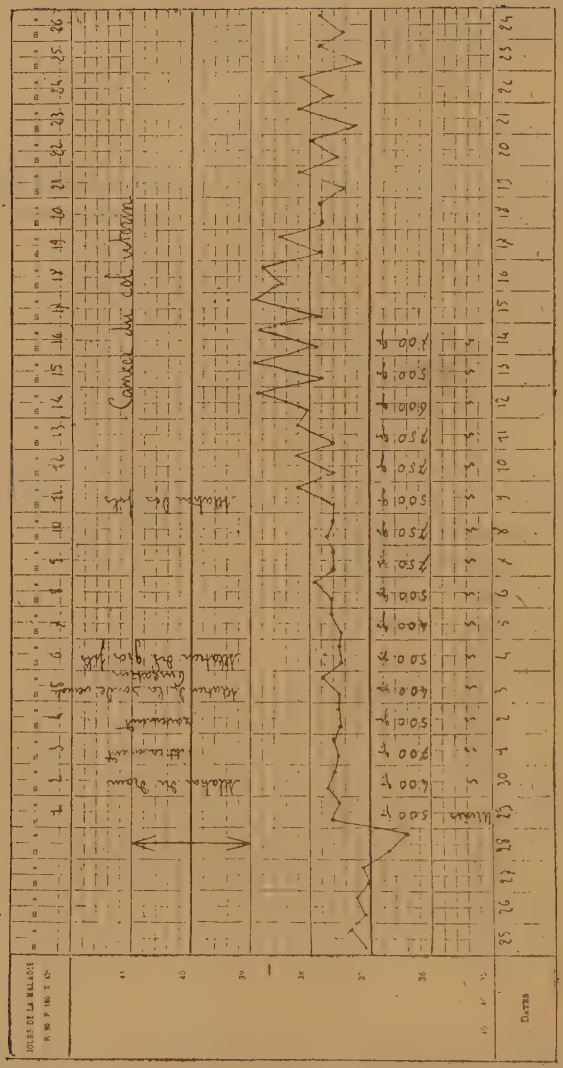
Suites opératoires. — Apyrétique pendant les 10 premiers jours puis apparition sans raisons apparentes d'un léger état fébrile le 11e jour. La température redevint sensiblement apyrétique le 22e jour.

Suites éloignées. — Elle fit brusquement le 18 août 1923 des accidents d'occlusion intestinale par bride. Elle fut opérée aussitôt et mourut le 21 août.

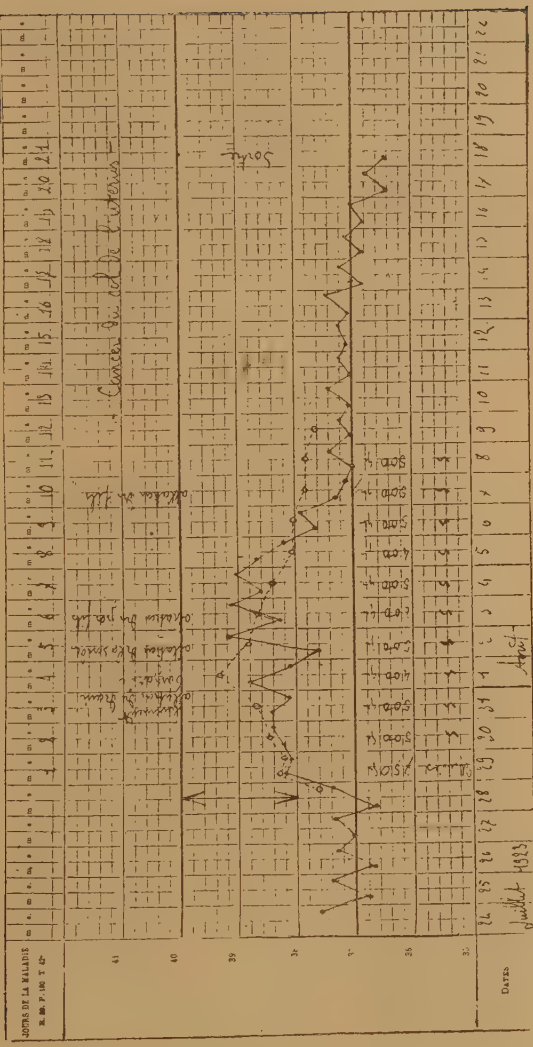
Observation 22

Mme D..., âgée de 41 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 20 juillet 1923. Présente depuis 1 mois des hémorragies et des pertes roussâtres.

Examen. — Ulcération au niveau du col. Culs-de-sac vaginaux paraissent normaux. Corps utérin mobile.



N° 21



N° 22

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux mixte baso-cellulaire et à cellules polyédriques.

Intervention le 28 juillet 1923. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin. Dissection du bout supérieur. Fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec libération des uretères. Péritonisation et suture.

Suites opératoires. — Pendant les huit jours qui suivent l'intervention, la température se maintint entre 38° et 39° avec un frisson le 4e jour. Puis, la température retomba à 37° et se maintint jusqu'au 21e jour où elle est sortie de l'hôpital, le 18 août 1923.

Suites éloignées. — Deux ans après l'intervention, elle fit une récidive ganglionnaire iliaque droite et mourut en juillet 1925.

Observation 23

Mme D..., âgée de 52 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 7 octobre 1923.

En 1915, elle avait subi une hystérectomie subtotale pour kyste de l'ovaire et fibrome. En juin 1923, apparurent des pertes peu abondantes mais récidivantes.

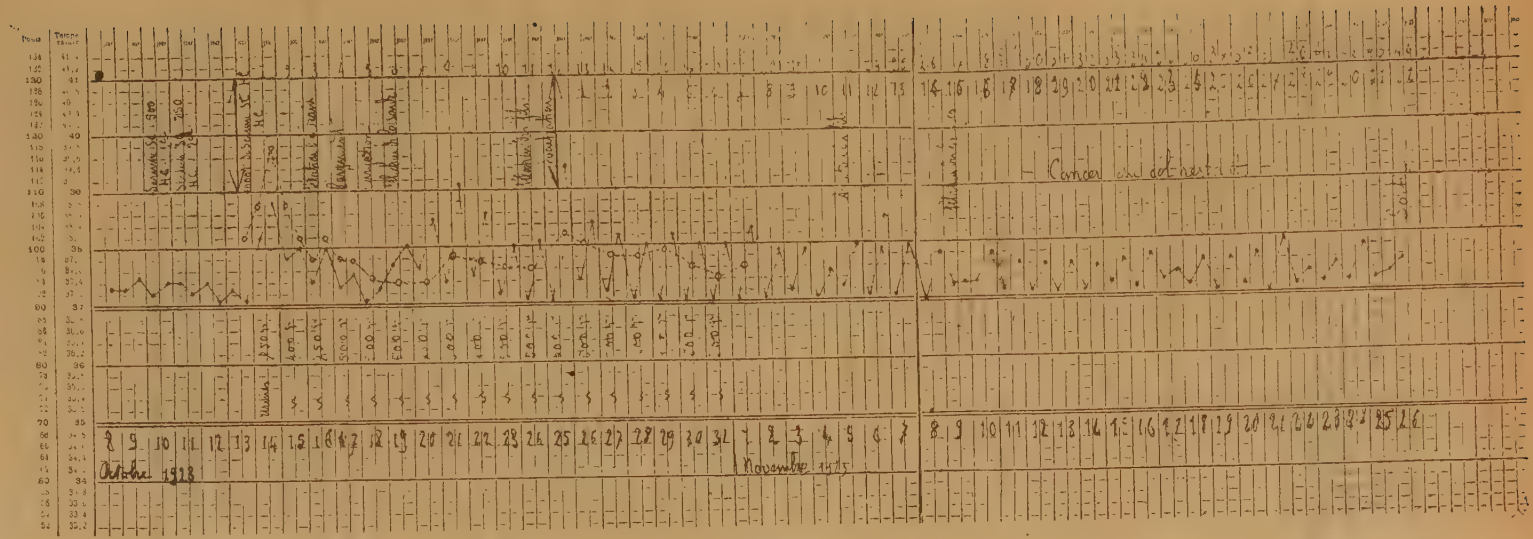
Biopsie : en juillet 1923. Epithélioma pavimenteux mixte baso-cellulaire et à cellules polyédriques. Application de radium (122 millicuries en trois tubes) pendant quatre jours. Suppression des pertes rouges, mais persistance de pertes glaireuses. En octobre 1923, moignon de col légèrement ulcéré avec masse sous-jacente faisant corps avec lui. Le tout est mobile.

Intervention le 13 octobre 1923. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section circulaire du vagin au-dessous du néoplasme. Suture et fermeture des deux bouts. L'on n'a pu amorcer la dissection du bout supérieur qu'en arrière ; en avant l'adhérence à la vessie paraît assez intime.

Deuxième temps abdominal : quelques adhérences sur le trajet de l'ancienne cicatrice. Dissection du moignon de col sous la cicatrice péritonéale. On ne parvient pas à faire une dissection très anatomique. On laisse un tamponnement.

Suites opératoires. — Simples jusqu'au 12e jour où la



N° 23

cicatrice se désunit presque complètement. Elle est refaite au fil de bronze. La malade sort le 25 novembre, soit 44 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Fit une récidive deux ans plus tard et mourut en février 1926.

Observation 24.

(Se reporter au chapitre VII).

Observation 25.

Mme M..., âgée de 37 ans, entrée à l'Hôpital Cochin le 2 novembre 1923. A surtout depuis trois mois des pertes abondantes et douloureuses.

Examen. — Utérus augmenté de volume, dévié du côté droit, de consistance difficilement appréciable par suite de l'épaisseur de la paroi. Culs-de-sac souples. Au spéculum : col non ulcéré. Hystéromètre : 8 cm. 5.

Biopsie: avait été faite le 16 septembre. Elle avait été difficile. On percevait sur la face antérieure du corps une masse très dure, régulière, ne se laissant pas effriter par les curettes.

Epithélioma pavimenteux. Débris de glandes hyperplasiques qui laissent l'impression d'une prolifération glandulaire concomitante.

Intervention le 8 novembre 1923. Anesthésie rachidienne puis éthérisation pour terminer.

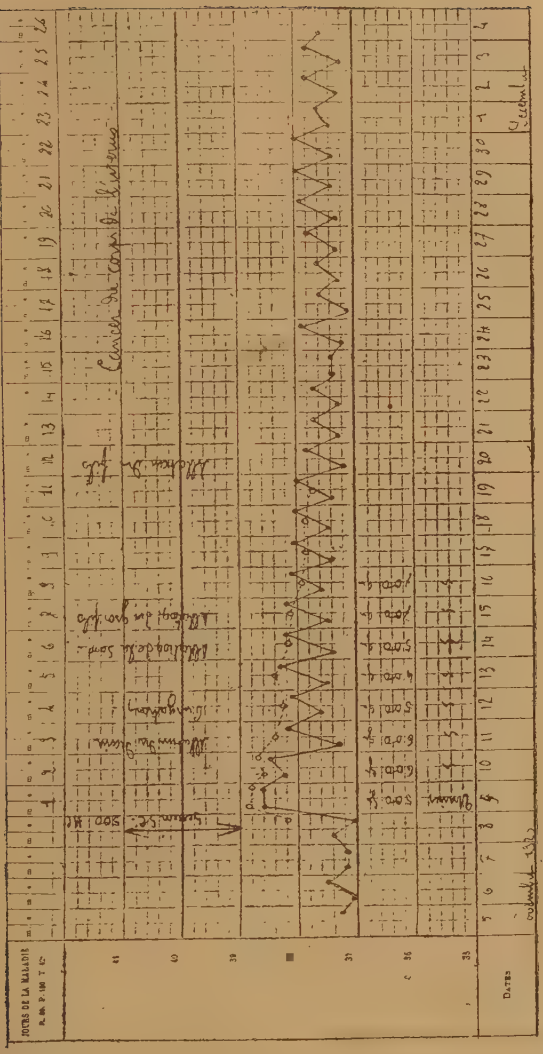
Premier temps vaginal : section du vagin et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie avec dissection des uretères des deux côtés.

On est gêné par une hémorragie assez abondante. Surjet sur le péritoine. Fermeture de la paroi avec drain.

Suites opératoires. — Des plus satisfaisantes. La température avait atteint 38°5 le lendemain de l'intervention. Sortie de l'hôpital le 4 décembre, soit 28 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Fut revue en 1925 se plaignant de bouffées de chaleur. Pas de signe de récidive. A été revue 7 ans après en bon état sans signes de récidive.



N° 25

Observation 26.

Mme C..., âgée de 44 ans. Rentrée à l'Hôpital Cochin le 10 novembre 1923. Depuis trois mois, pertes sanguinolentes entre les règles.

Examen. — Gros col entr'ouvert avec ulcération au niveau de l'orifice cervical.

Intervention le 17 novembre 1923. Anesthésie rachidienne et chloroforme.

Premier temps vaginal : section et fermeture du vagin au tiers supérieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale et dissection des uretères. Hémorragie gênante malgré la ligature des deux hypogastriques, ce qui n'empêche pas complètement l'hémorragie veineuse. Péritonisation. Suture de la paroi avec drainage.

Examen de la pièce. Epithélioma glandulaire à évolution pseudo-pavimenteuse occupant toute la cavité cervicale et descendant vers le col de l'utérus.

Suites opératoires. — Simples. C'est à peine si la température atteignit 38° le lendemain de l'intervention. Est sortie de l'hôpital le 8 décembre, soit 21 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Revue en 1924 se plaignant de douleurs lancinantes dans le bas-ventre. Au toucher : on trouve dans le bassin au-dessus de la cicatrice vaginale un noyau dur plus développé à gauche qu'à droite. La muqueuse rectale semble envahie. Quelques temps après, elle fit des accidents d'anurie ayant nécessité une néphrostomie.

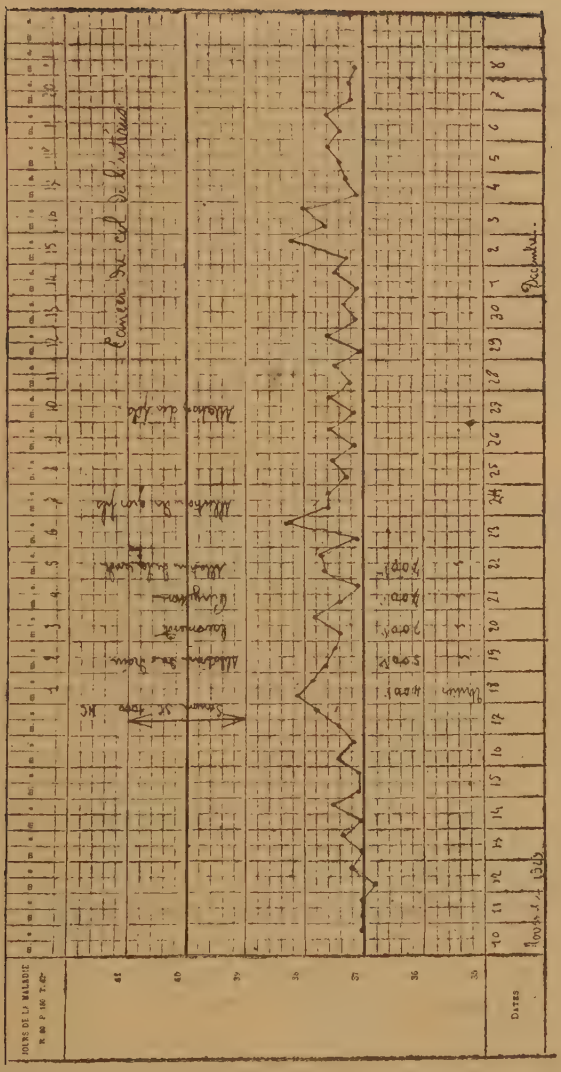
Observation 27.

Mme M... de F..., âgée de 64 ans. Opérée dans une clinique de ville le 26 décembre 1923 pour cancer végétant du corps utérin.

Intervention : le 26 décembre 1923.

Premier temps vaginal : dissection d'une collerette vaginale et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : Opération difficile. Malade



N° 26

obèse. La dissection des uretères est rendue très difficile et est incomplète.

Examen de la pièce. — Utérus avec un énorme choux-fleur végétant du fond. Petites végétations disséminées un peu partout sur l'isthme et jusque sur le col.

Examen des végétations du corps : gros papillo-épithéliome. Le pédicule s'enfonce dans le muscle.

Examen des végétations du col: papillo-épithéliome à cellules cylindriques. Revêtement stratifié. Métaplasies pavimenteuses ébauchées par place. Les cellules superficielles deviennent vésiculeuses et sont très volumineuses. Il y a des mitoses.

Suites opératoires. — Simples.

Suites éloignées. — Récidive rapide et mort dans le cours de la première année.

Observation 28

Mme G...

Intervention en ville. Cancer du col ; traité un mois auparavant par une application de radium.

Biopsie (7 octobre). — Epithélioma à la fois mixte et intermédiaire. Il y a des boyaux baso-cellulaires qui évoluent vers le type pavimenteux à grosses cellules plates avec parakératoses. Il y a des boyaux à type purement malpighien sans filaments.

Intervention le 16 janvier 1924.

Premier temps vaginal : section du vagin et fermeture.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale très facile avec libération des uretères.

Examen de la pièce. — Le cancer a été détruit dans le col par le radium et persiste quoique très influencé par le radium dans l'isthme. Le cancer guéri est remplacé par du tissu conjonctif jeune, avec stades divers de réparation.

Suites opératoires.— Simples.

Suites éloignées.— Revue en mai 1924 pour une petite fistule recto-vaginale apparue en avril postérieurement à l'intervention. Pas de signe de récidive. On pense à une radionécrose tardive. Pas de nouvelles récentes.

Observation 29

(Se reporter au chapitre VII)

Observation 30

Mme Br..., âgée de 48 ans. Entrée le 10 janvier 1924 à l'hôpital Cochin. Présente depuis 15 jours des pertes rouges et des douleurs dans le bas-ventre.

Examen.— Utérus pas très gros, mobile. Mobilisation légèrement douloureuse. Spéculum : Col légèrement entr'ouvert avec lèvres irrégulières, ulcérées.

Biopsie le 14 janvier. Grosse hyperplasie glandulaire. Mitose . Ligne basilaire très irrégulière à épithélium mal marqué.

Intervention le 1er février 1924. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Section et fermeture du vagin.

Deuxième temps abdominal : Salpingite bi-latérale. Hystérectomie totale avec dissection des uretères. Gros noyau inflammatoire dans les ligaments larges. Péritonisation et drain.

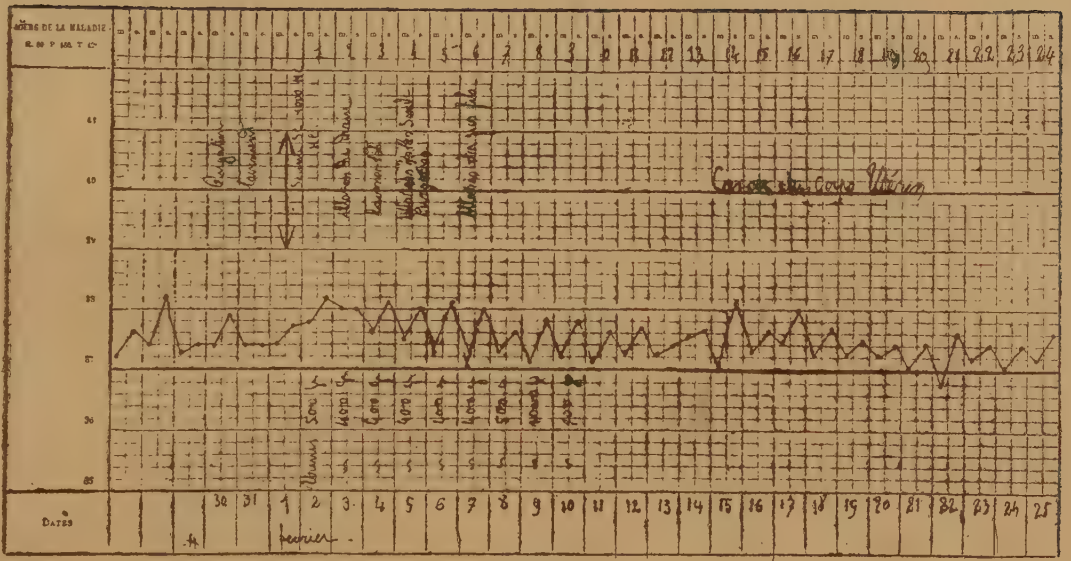
Suites opératoires.— Des plus simples. A aucun moment la malade n'a depassé 38° 2. Au 26e jour, elle fit une angine blanche, banale, avec crochet à 40° et chute brutale en deux jours. Elle sortit de l'hôpital le 6 mars 1924, soit 34 jours après l'intervention.

Suites éloignées.— Revue en bon état. Dans le cours de la première année, puis 6 ans après l'ntervention, il n'y a aucune trace de récidive. La cicatrice vaginale est souple. Elle a engraissé de deux à trois kilos.

Observation 31

Mme Co..., âgée de 34 ans. Entrée le 11 février 1924 à l'Hôpital Cochin pour cancer du col traité antérieurement par le radium. Biopsie faite le 11 janvier. Epithélioma pavimenteux malpighien sans filaments et parakératosique.

Intervention le 19 février 1924. Anesthésie rachidienne.



N° 30

Premier temps vaginal : Section du vagin à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Fermeture du bout supérieur. Décollement d'avant et en arrière. Fermeture du bout inférieur

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec dissection des uretères. On trouve un nodule dans la base du ligament large gauche. Péritonisation et suture avec drain.

Examen de la pièce. — Col et isthme libre de cancer par suite de l'influence du radium, la couche glandulaire est remplacée par du tissu de granulations et plus profondément par du tissu conjonctif jeune. Epithélium de surface, discontinu. Plus loin, glandes altérées. Sur l'isthme, groupe de cellules cancéreuses pavimenteuses.

Suites opératoires. — Très simples. Presque apyrétiques. Sortie de l'hôpital le 6 mai 1924.

Suites éloignées. — Revue en bon état dans le cours de la première année, puis 6 ans après l'intervention. La cicatrice vaginal est souple. Le bassin est souple. Elle a, d'autre part, engraissé de plusieurs kilos.

Observation 32

Mme Bu..., âgée de 48 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 20 juillet 1924. Présente depuis deux mois des pertes rosées très fétides.

Examen. — Lèvre antérieure intacte. Lèvre postérieure, granulations dures, très friables. Canal cervical : béant, rempli de végétations. Cul-de-sac droit : tout à fait souple. Cul-de-sac gauche : quelques traînées un peu dures. Spéculum : énorme col bourgeonnant. Les culs-de-sac ne sont pas envahis.

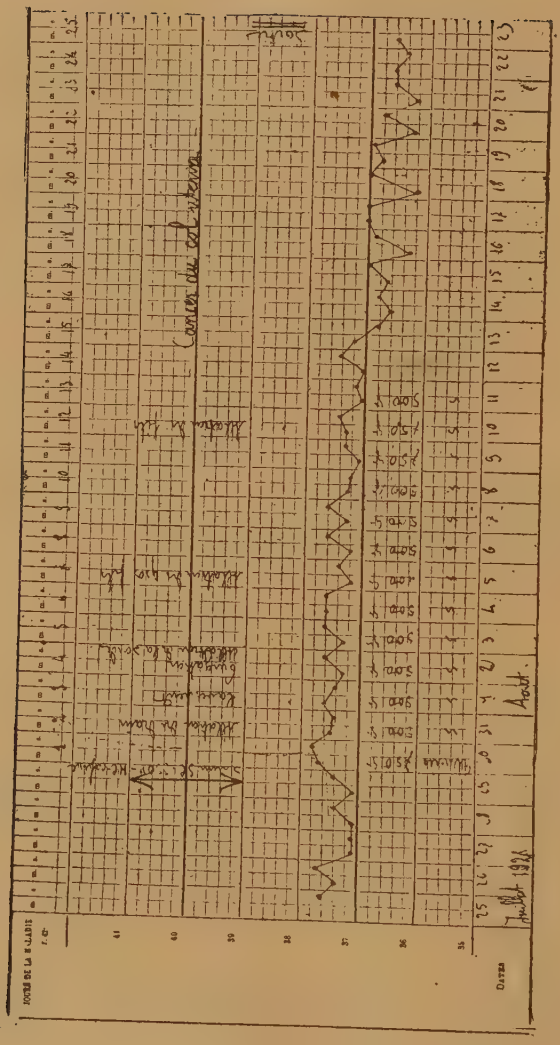
Biopsie. — Epithélioma pavimenteux intermédiaire.

Intervention le 29 juillet 1924. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Section du vagin et fermeture des deux bouts après dissection du bout supérieur.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec dissection des uretères. Péritonisation et drainage, le drain allant jusque dans l'espace sous-péritonéal.

Suites opératoires. — Des plus simples. La température



N° 32

n'atteignit pas 38°. Est sortie de l'hôpital le 23 août, soit 25 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Fut revue en 1925. Présentant une petite éventration à la partie inférieure de sa cicatrice. Fut revue en bon état au cours de la sixième année. Aucun signe de récidive.

Observation 33

Mme G..., âgée de 50 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 3 octobre 1924. Présentant depuis deux mois des pertes rouges très abondantes.

Examen. — Gros col bourgeonnant et friable. Utérus bien mobile ; les ligaments sont souples.

Biopsie. — Epithélioma du type intermédiaire avec indication de globes.

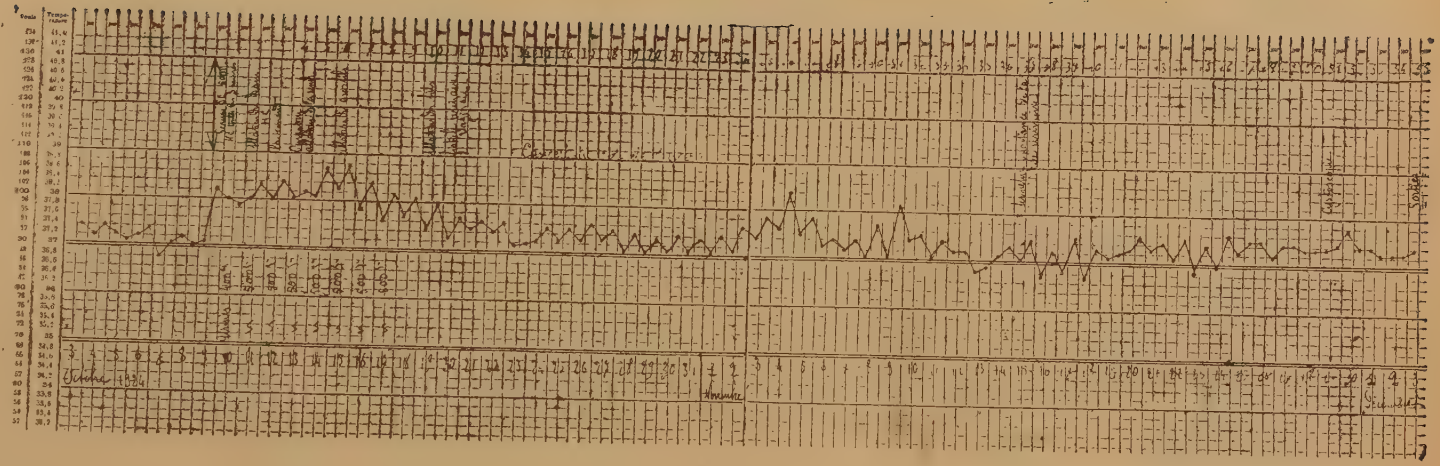
Intervention le 9 octobre 1924. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Section du vagin à la partie moyenne, très au-dessous de la lésion Fermeture et décollement du bout supérieur. Fermeture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec dissection bi-latérale des uretères, facile à droite, plus difficile à gauche en raison des adhérences légères. Un petit ganglion le long de l'artère utérine. Résection des pédicules utéro-vaginaux de chaque côté. Péritonisation et suture avec drain.

Suites opératoires. — Assez simples jusqu'au 11e jour. Apparition d'une fistule urinaire vaginale qui se ferme spontanément 27 jours plus tard. Une cystoscopie, un cathétérisme des uretères pratiqué alors que la fistule est fermée montre une perméabilité des deux uretères qui donne des éjaculations d'urine. Cependant, une sonde urétérale n° 10 ne peut dépasser 4 centimètres au niveau de l'uretère gauche. Sortie le 3 décembre 1924, soit 55 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue en bon état la première et la deuxième année. Dans le cours de la troisième année apparurent des troubles urinaires, gros rein gauche douloureux. Le rein droit était sensible. Ces renseignements furent connus par une lettre de son médecin qui demandait des précisions sur l'intervention. La malade est probablement morte de récidive dans le cours de la quatrième année.

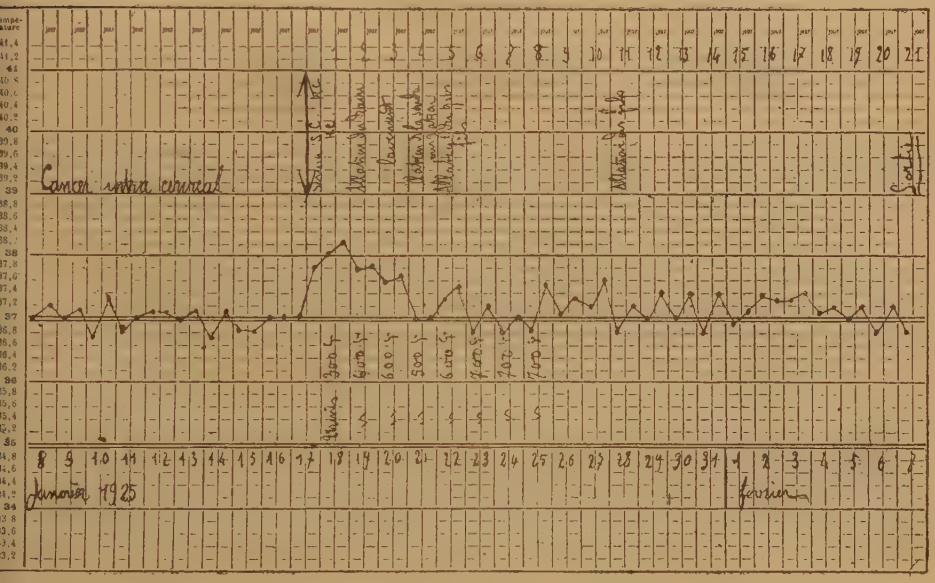


Nº 33

Observation 34

Mme P..., âgée de 46 ans, entrée à l'Hôpital Cochin le 22 décembre 1924. Elle présente depuis trois ans des modifications des règles qui se prolongent.

Examen. — Corps utérin un peu antéversé et un peu augmenté de volume. Gros col utérin non ulcéré. On a



N° 43

l'impression d'une zone indurée sur la partie antérieure du canal cervical.

Biopsie. — Après dilatation du col, hyperplasie glandulaire, assez régulière. Quelques végétations endo-canaliculaires, rares mitoses.

Intervention le 17 janvier 1925. Rachianesthésie complétée par du chloroforme pour terminer le temps abdominal.

Premier temps vaginal : section et fermeture du vagin après décollement antérieur et postérieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale. Les deux uretères sont adhérents dans le tissu cellulaire du li-

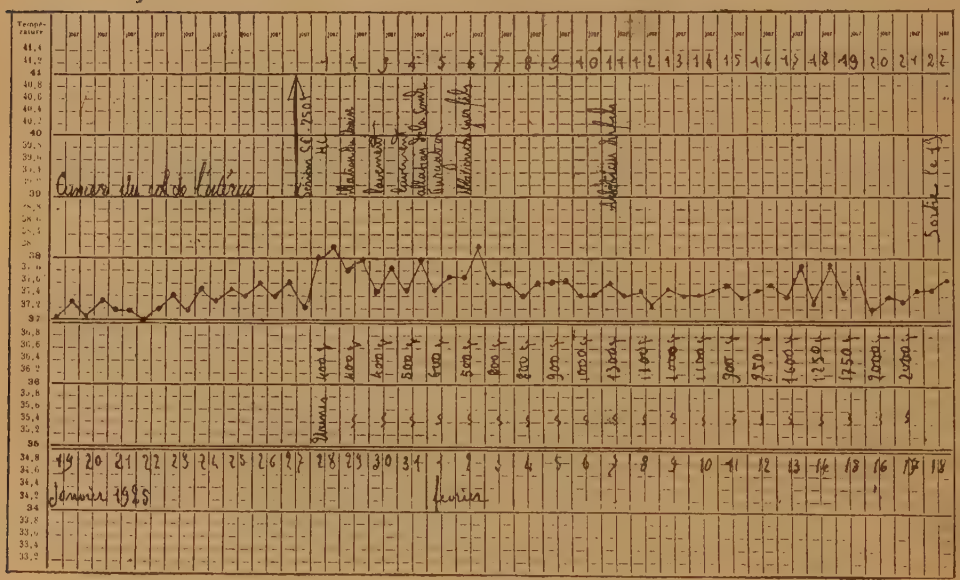
gament large. Péritonisation et suture avec drainage.

Suites opératoires. — Très simples. C'est à peine si le lendemain la température atteignit 38°2 et se maintint ensuite aux environs de 37°. Elle a quitté l'hôpital le 7 février 1925, soit 21 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Nous n'avons pas eu de nouvelles. La malade a été perdue de vue.

Observation 35

Mme Mau..., âgée de 32 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 15 janvier 1925. Depuis six mois, pertes rouges peu abondantes.



N° 35

Examen. — Gros col bourgeonnant et friable. Utérus en rétroversion. Culs-de-sac souples.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux intermédiaire. Parakératosiques par place.

Intervention le 27 janvier 1925. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur. Décollement et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec dissection des uretères et large ablation de la gaine hypogastrique. Pas de ganglions périphériques. Péritonisation, suture avec drainage.

Examen de la pièce. — Plaques bourgeonnantes de dimensions d'une pièce d'un franc sur la lèvre antérieure du col.

Suites opératoires. — Très simples. La température 38°2 le lendemain de l'opération et se maintint ensuite dans les environs de 37 et 38°. Sortie le 19 février 1925, soit 21 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Pas de nouvelles récentes. La malade a été perdue de vue.

Observation 36

Mme Hug..., âgée de 45 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 25 janvier 1925. Depuis six mois présente des pertes rouges peu abondantes survenant sans cause.

Examen. — Gros col avec ulcération de la lèvre postérieure paraissant remonter à l'intérieur du canal cervical. culs-de-sac souples. Corps utérin mobile.

Intervention le 3 février 1925. Anesthésie rachidienne.

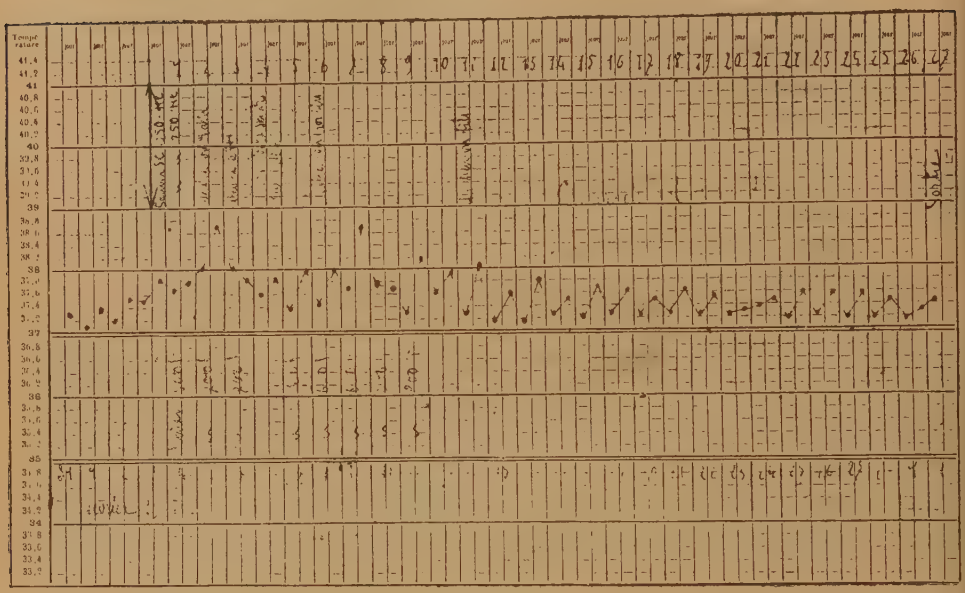
Premier temps vaginal : Section du vagin aux deux tiers supérieurs. Fermeture du bout supérieur Décollement en avant et en arrière Fermeture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec dissection des deux uretères. Les ligaments utéro-sacrés apparaissent comme durs et scléreux De ce fait, l'hémostase est rendue plus difficile, mais ils ne paraissent pas néoplastiques. Pas de ganglions perceptibles. Péritonisation. Drainage de l'espace sous-péritonéal. Suture en trois plans.

Examende la pièce. — Large ulcération intra-cervicale débordant sur la lèvre postérieure du col. Epithélioma du type moyen intermédiaire développé aux dépens de la muqueuse cylindrique et glandulaire de la portion intra-cervicale.

Suites opératoires. — Des plus simples. Sortie le 2 mars 1925, soit 27 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — La malade est partie habiter en Province. Nous avons su par une lettre de son médecin qu'elle



N° 36

était en parfait état, qu'il n'y avait aucun signe de récidive 5 ans après l'intervention.

Observation 37

Mme Gu..., âgée de 44 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 23 février 1925. Présente depuis deux mois des pertes rouges et des douleurs dans le bas-ventre.

Examen. — Large ulcération au niveau de la lèvre postérieure du col. Utérus difficile à délimiter mais paraissant mobile.

Biopsie. — Epithélioma baso-cellulaire intermédiaire.

Intervention le 3 mars 1925.

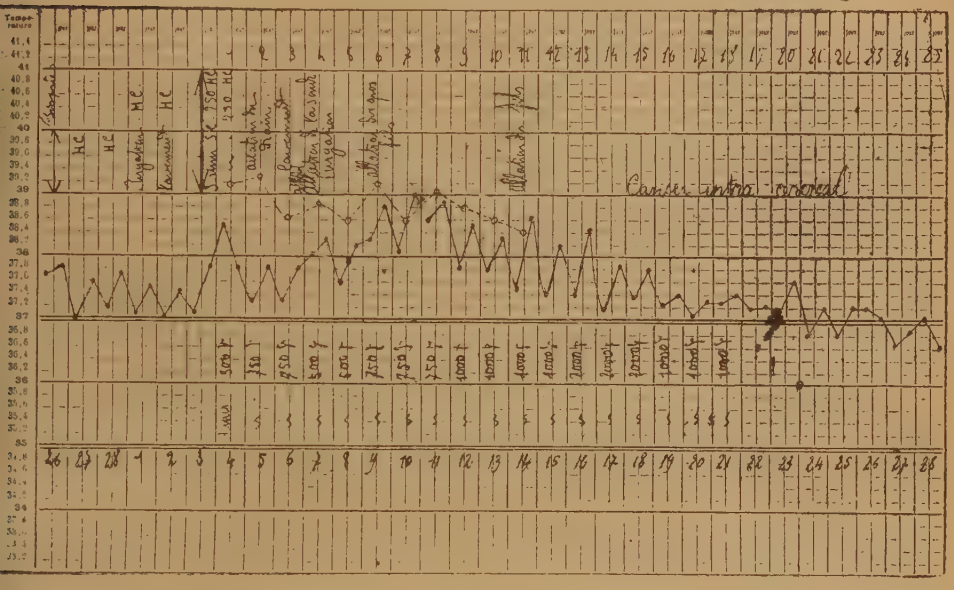
Premier temps vaginal : Section du vagin. Fermeture des deux bouts après décollement.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec

dissection des uretères. Péritonisation. Suture avec drainage.

Examen de la pièce. — Large ulcération occupant tout le canal cervical ayant détruit la lèvre postérieure du col. Un ganglion dans le pédicule utérin gauche. Un autre enlevé sur la veine iliaque droite.

Suites opératoires. — Est restée fébrile autour de 38° pendant les 13 premiers jours puis est retombée à 37°. Est sortie le 12 avril 1925.



N° 37

Suites éloignées. — Revue en mai 1925 avec un bourgeon saignotant au niveau de la cicatrice vaginale. 1 mois après, cette lésion paraissait en voie de cicatrisation. A été revue 5 ans après en parfait état sans signes de récidive.

Observation 38

Mme L... âgée de 56 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 20 avril 1925. Ménopause à 49 ans. Depuis huit jours pertes de sang peu abondantes mais quotidiennes.

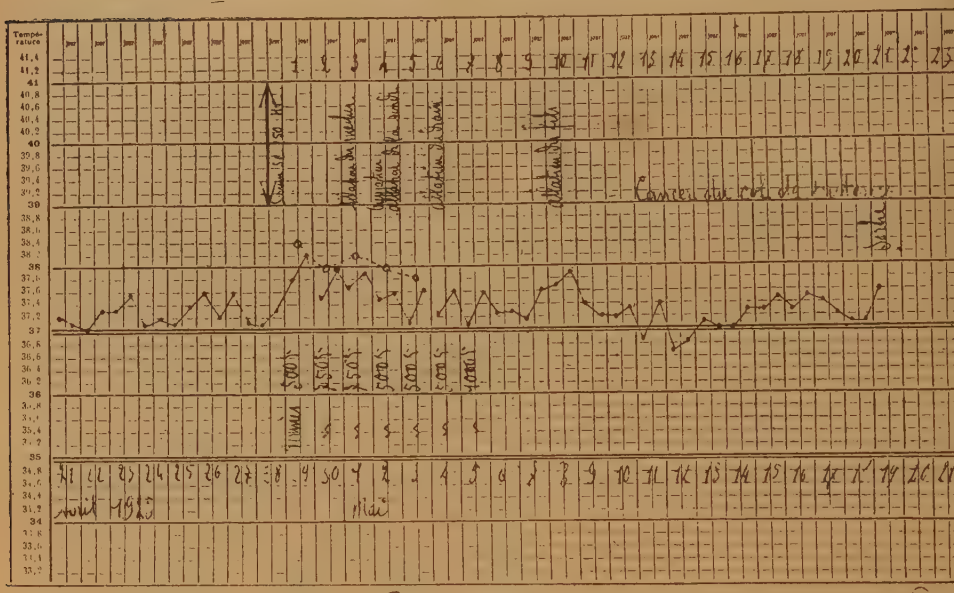
Examen. — Col utérin dur, petit, avec ulcération sur la lèvre antérieure. Cul-de-sac antérieur légèrement infiltré. Corps utérin mobile. Ligaments larges paraissant souples.

Cystoscopie. — Légère congestion du bas-fond vésical se manifestant par une dilatation des veines pariétales sans aucune trace d'œdème.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux et intermédiaire. Pas de filaments. Pas de globles.

Intervention le 28 avril 1925. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Suture du vagin et fermeture



N° 38

des deux bouts après amorce difficile du décollement du bout supérieur.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec dissection des uretères rendue difficile par l'adiposité de la malade et la distension du gros intestin. L'hémostase étant imparfaite, deux mèches et un drain dans l'espace sous-péritonéal. Péritonisation par dessus.

Suites opératoires. — Très simples. La température atteint 38° le lendemain de l'intervention.. Est sortie le 19 mai, soit 21 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Malade perdue de vue. Pas de nouvelles récentes.

Observation 39

Mme M..., âgée de 50 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 27 avril 1925. Ménopause à 46 ans. Présente depuis décembre 1924 des pertes fétides striées de sang. Par deux fois on lui fit des applications de radium. Les pertes disparurent quand il y a un mois, elle présenta de nouvelles hémorragies.

Examen. — Petite ulcération indurée au niveau de l'orifice externe du col. Utérus mobile. Culs-de-sac souples.

Biopsie. — Tissu de cicatrisation après radium.

Intervention le 2 mai 1925, Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Section du vagin et fermeture des deux bouts après décollement du bout supérieur.

Deuxième temps abdominal. Hystérectomie totale avec dissection des uretères rendue plus difficile par la sclérose péri utérine et la vascularisation plus grande. Hémostase. Péritonisation complète. Suture en trois plans en laissant un drain dans le Douglas.

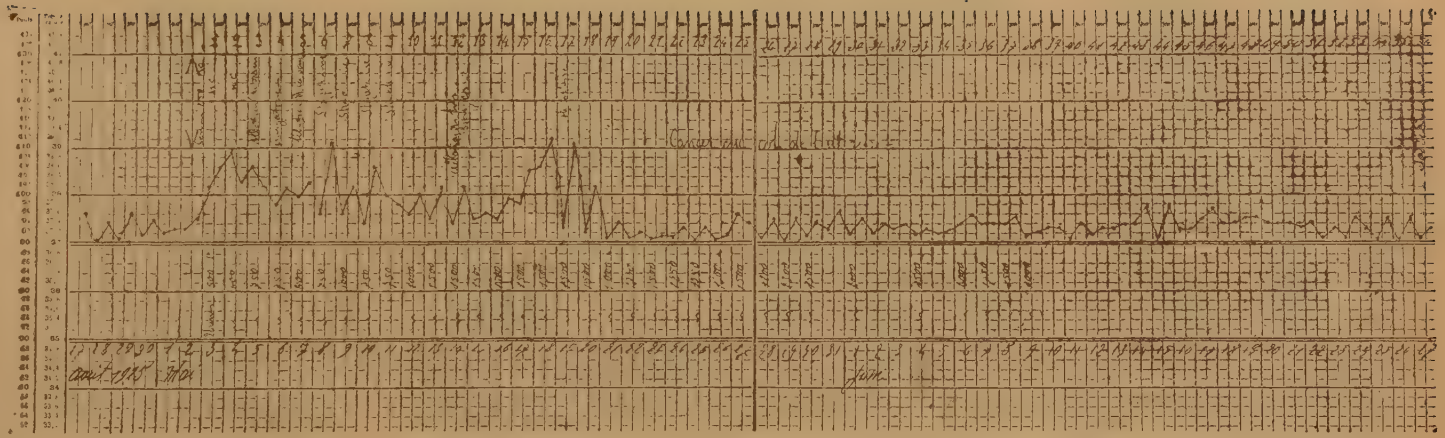
Suites opératoires. — Légère poussée de température à 39° puis la température retombe Le douzième jour, elle fit une désunion de la paroi. Réfection au fil de bronze. Le seize et dix-septième jour, elle fit des accidents occlusifs qui cédèrent à l'hypophyse. Elle sortit le 27 juin 1925 près de deux mois après l'intervention.

Suites éloignées. — Elle a été revue 5 ans après l'intervention en parfait état. Il n'y a pas de signe de récidive. Seulement une petite éventration au niveau de la cicatrice.

Observation 40.

Mme Li..., âgée de 54 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 18 mai 1925. Ménopause à 50 ans. Depuis trois mois, hémorragies répétées et pertes fétides.

Examen. — Large ulcération ayant détruit la plus grande partie du col et empiétant sur le vagin. Le corps utérin paraît mobile.



N° 39

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux intermédiaire avec indication d'enroulement.

Intervention le 26 mai 1925. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin à sa portion moyenne Fermeture du bout supérieur. Décollement étendu en avant et en arrière jusqu'au péritoine. Fermeture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères, à droite, un peu d'infiltration du pédicule utérin. Un ganglion le long des vaisseaux iliaques externes. A gauche, pas d'infiltration appréciable. Péritonisation complète. Suture avec drain.

Suites opératoires. — Très simples. Est sortie de l'hôpital le 18 juin, soit 21 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue en très bon état 5 ans après l'intervention, ne présentant aucun signe de récidive.

Observation 41.

Mlle Pi..., âgée de 57 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 8 avril 1925. Présente depuis un an des pertes rouges abondantes.

Examen. — Gros col dur bourgeonnant. Culs-de-sac latéraux paraissant envahis. Cependant, l'utérus apparaît comme encore mobile.

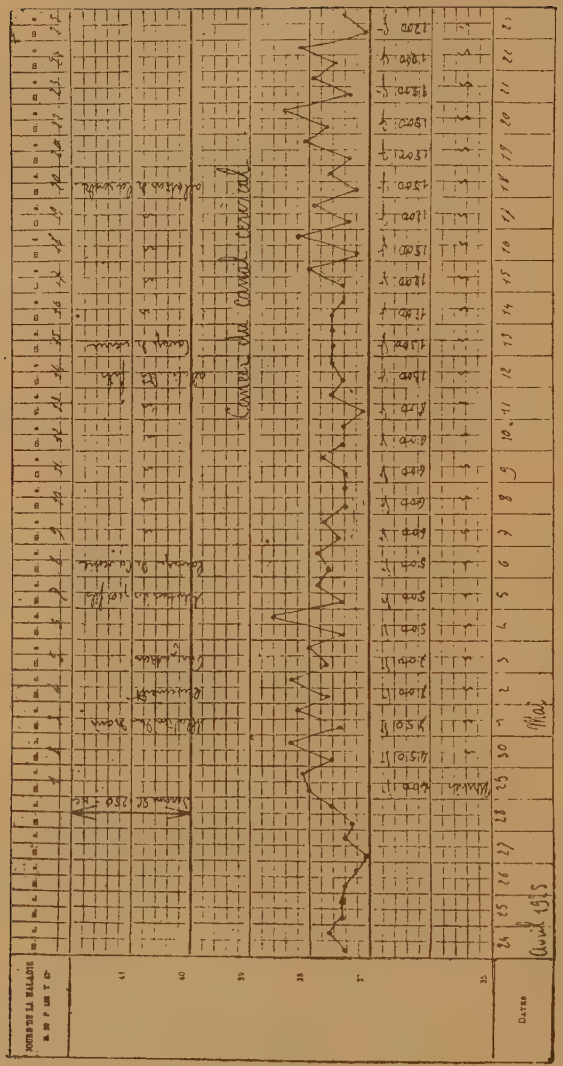
Biopsie. — Epithélioma cylindrique glandulaire mucipare.

Intervention le 28 mai 1925. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : rendu difficile par l'étroitesse du vagin. Section au-dessous du tiers supérieur. Fermeture du bout supérieur et décollement surtout en arrière. Fermeture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères ; en avant, en essayant de décoller, on tombe sur une forte adhérence à l'isthme. L'on déchire un peu la vessie. Double surjet sur la petite plaie vésicale. Surjet sur le péritoine. Suture de la paroi en trois plans, un drain, sonde à demeure.

Examen de la pièce. — Muqueuse profondément altérée dans le canal cervical et l'altération paraît s'étendre à la



N° 41

muqueuse du corps. Dans la partie antérieure droite, masse caséeuse en regard de l'adhérence vésicale.

Suites opératoires. — Très satisfaisantes. Elle est restée pendant quelques jours à 38°. La température est tombée progressivement. Il n'y a pas eu de troubles vésicaux. Est sortie de l'hôpital le 11 juillet.

Suites éloignées. — La malade a été perdue de vue. Nous n'avons pas de nouvelles récentes.

Observation 42.

Mme Gr..., âgée de 56 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 28 mai 1925. Ménopause à 50 ans. Pertes rosées depuis le mois de janvier.

Examen. — Gros col dur et saignant au niveau de la lèvre postérieure. L'intérieur du canal cervical est rouge et ulcéré. Corps utérin paraît encore mobile. Culs-de-sac souples.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux intermédiaire.

Intervention: 4 juin 1925. Anesthésie rachidienne continuée au chloroforme.

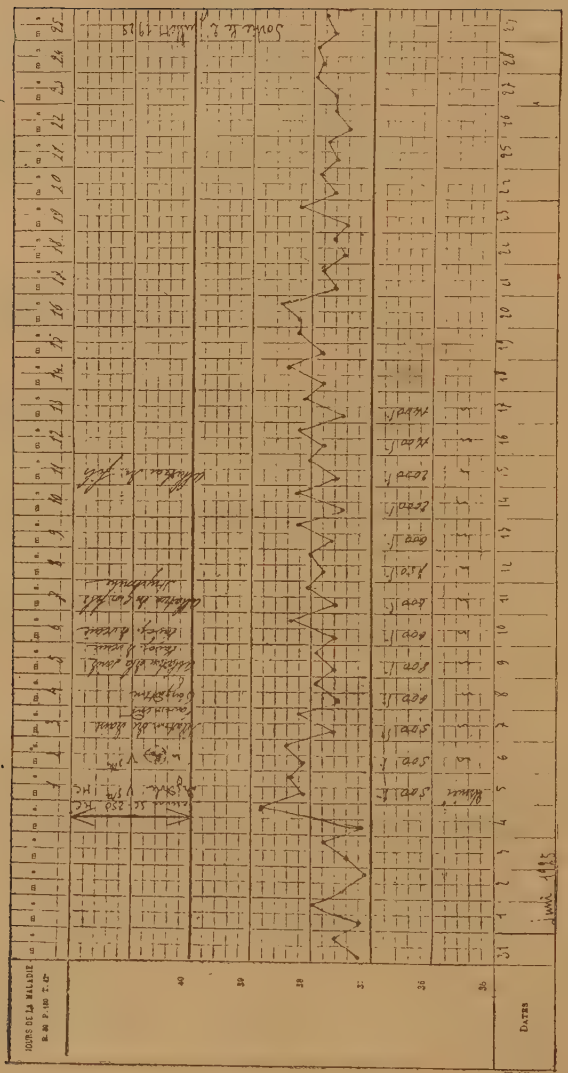
Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur. Fermeture des deux bouts après dissection du bout supérieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie rendue plus difficile par l'adiposité de la malade et par la sclérose périutérine qui paraît en rapport avec une vieille salpingite bi latérale. Dissection des uretères des deux côtés. Ligature du pédicule utéro-vaginal aussi loin que possible. Péritonisation. Suture avec drain en trois plans.

Examen de la pièce. — Cancer endo-cervical occupant toute l'étendue de la muqueuse du museau de tanche à l'isthme.

Suites opératoires. — Très simples. La température atteignit 38°9 le soir de l'intervention, puis tomba les jours suivants. Est sortie de l'hôpital le 2 juillet, soit 28 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Fut revue dans le cours de la première année en bon état sans signe de récidive. A été perdue de vue depuis.



N° 42

Observation 43.

Mlle Cl..., âgée de 42 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 11 janvier 1926. Présente des pertes depuis trois mois.

Examen. — Gros col entr'ouvert avec bourgeons faisant saillie à son orifice.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux du type malpighien des muqueuses (intermédiaire) non spino-cellulaires. Il ne kératinise pas; mitoses nombreuses et souvent monstrueuses.

Intervention le 19 janvier 1926. Anesthésie rachidienne terminée par le chloroforme.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur. Dissection et fermeture.

Deuxième temps abdominal : gros kyste de l'ovaire droit. Sur l'utérus, myome du volume d'un œuf. Dissection d'un uretère des deux côtés. Péritonisation. Drainage.

Examen de la pièce. — Le cancer occupe la totalité de la cavité cervicale jusqu'à l'isthme. Ulcération bourgeonnante.

Suites opératoires. — Simples. Est sortie le 1er mars, soit 38 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue quatre ans après sans aucun signe de récidive. Le bassin est absolument souple. Elle a engraissé de 8 kilos.

Observation 44.

Mme Br..., âgée de 43 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 23 janvier 1926. Présente depuis le milieu de décembre des pertes rouges peu abondantes.

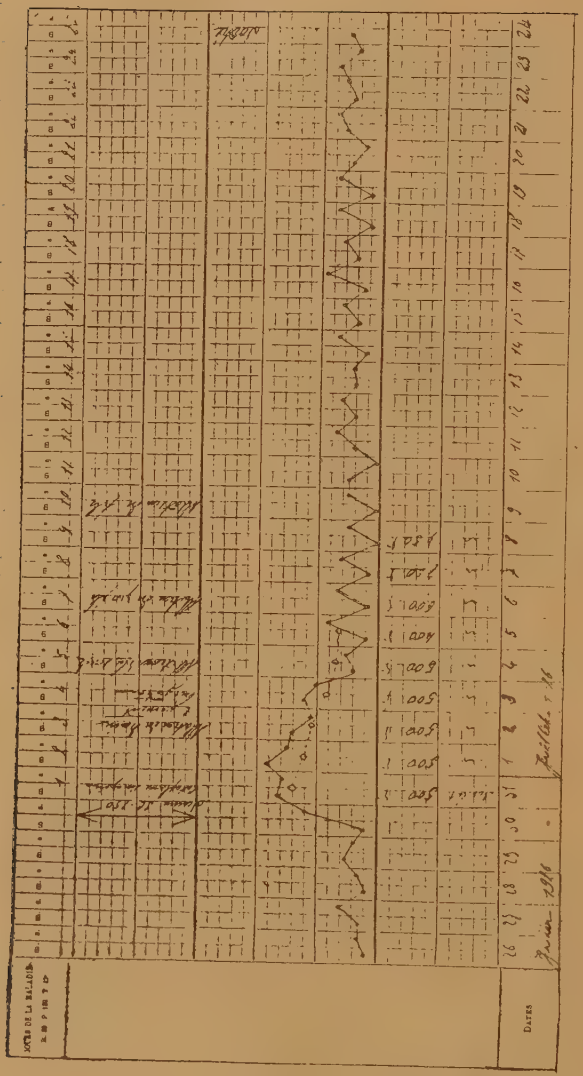
Examen. — L'orifice cervical est obturé par des végétations friables qui paraissent sortir du canal cervical. Corps utérin de volume normal paraissant mobile. Culs-de-sac souples.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux multiforme infecté.

Intervention le 30 janvier 1926. Rachianesthésie.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur. Suture.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection facile de l'uretère gauche. Dissection difficile de



N° 44

l'uretère droit situé dans une gangue de tissu fibreux adhérent. Péritonisation, un drain.

Suites opératoires. — Pendant les trois jours qui suivirent l'intervention, la température est restée entre 38° et 39° puis est tombée progressivement et au 5e était à 37°. Est sortie le 25 février, soit 26 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue quatre ans après l'intervention en parfait état sans signe de récidive.

Observation 45.

Mme J... âgée de 46 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 20 mars 1926. Ménopause à partir de mai 1924. Réapparition en janvier 1926 de pertes rouges.

Examen. — Utérus gros, dur paraissant irrégulier. Gros col avec granulations au niveau de la commissure gauche.

Intervention le 27 mars 1926. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur et fermeture des deux bouts après dissection du bout supérieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères des deux côtés. A gauche pédicule utérin un peu scléreux. Péritonisation avec suture et drain.

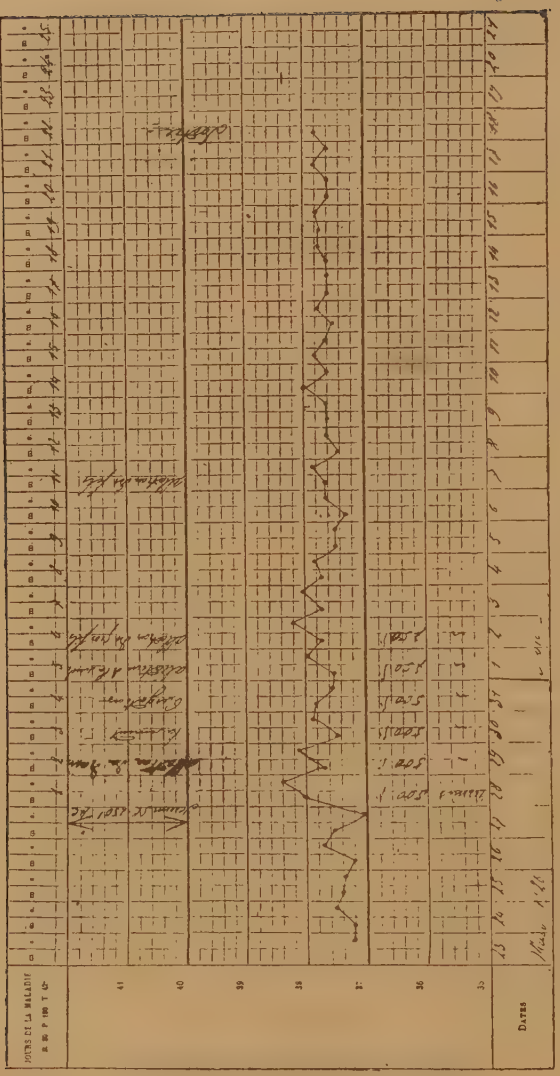
Examen de la pièce. — Toute la muqueuse du corps est envahie par un épithélioma intermédiaire (type baso cellulaire) évolutif sans formation kératinisantes mais avec enroulement.

Suites opératoires. — A peine fébrile et des plus simples. Sortie le 18 avril 22 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Revue en parfait état quatre ans après l'intervention. Il n'y a aucune récidive pelvienne Le bassin est absolument souple.

Observation 46

(Se reporter au chapitre VII).



N° 45

Observation 47

Mme Sa..., âgée de 35 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 19 mai 1926. Pour cancer du col.

Biopsie.— Epithélioma pavimenteux intermédiaire (baso-évolutif).

Intervention le 26 mai 1926. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin à 3 centimètres au-dessous du col. Fermeture et décollement du bout supérieur. Suture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères facile à droite, plus laborieuse à gauche en raison des infiltrations scléreuses inflammatoires du ligament large en rapport avec une vieille annexite. Péritonisation et suture avec drain.

Examen de la pièce. — Epithélioma au début, développé surtout sur la lèvre postérieure, forme infiltrante peu végétante.

Suites opératoires. — Simples. Est sortie de l'hôpital le 22 juin, soit 26 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Avait été revue au bout d'un an en bon état. Retrouvée 4 ans après en bon état sans aucun trouble fonctionnel pelvien avec une cicatrice vaginale souple, un bassin souple.

Observation 48

Mme Mar..., âgée de 54 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 31 mai 1926. Présente des hémorragies depuis deux mois.

Examen. — Gros col utérin. Orifice cervical ouvert, aspect bourgeonnant de la muqueuse.

Biopsie. — Forte hyperplasie de la cavité glandulaire mais pas de transformation néoplasique manifeste.

Intervention le 11 juin 1926. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin au-dessus du col. Fermeture du bout supérieur. Décollement en avant et en arrière. Fermeture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal. Hystérectomie totale avec dissection des uretères des deux côtés. Ligature étagée des

pédicules utéro-vaginaux. Péritonisation. Suture de la paroi. Drainage.

Examen de la pièce. — Aspect tomenteux et bourgeonnant de la muqueuse du canal cervical avec petits nodules et aspect polypeux. D'autre part, deux polypes dans la cavité utérine, un implanté sur le fond, l'autre sur la paroi latérale.

Suites opératoires. — Très satisfaisantes. Elle sortit le 6 juillet 1926, soit 24 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue quatre ans après l'intervention. Le bassin était souple. La corne vaginale droite un peu sensible mais il ne paraît pas y avoir de récidive. Elle a engraissé de 4 kilogs.

Observation 49

Mlle Au..., âgée de 52 ans. Entrée à l'hôpital le 20 juillet 1926. Pour des hémorragies.

Examen. — Gros col entr'ouvert avec ulcération intra-cervicale.

Biopsie. — Epithélioma du type baso-cellulaire prédominant à larges cordons. Masses cellulaires avec tendance à dégénérescence centrale.

Intervention le 27 juillet 1926. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur. Décollement et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères. Péritonisation. Suture en trois plans après pose d'un drain.

Examen de la pièce. — Cancer infiltré du col remontant du canal cervical jusqu'à l'isthme.

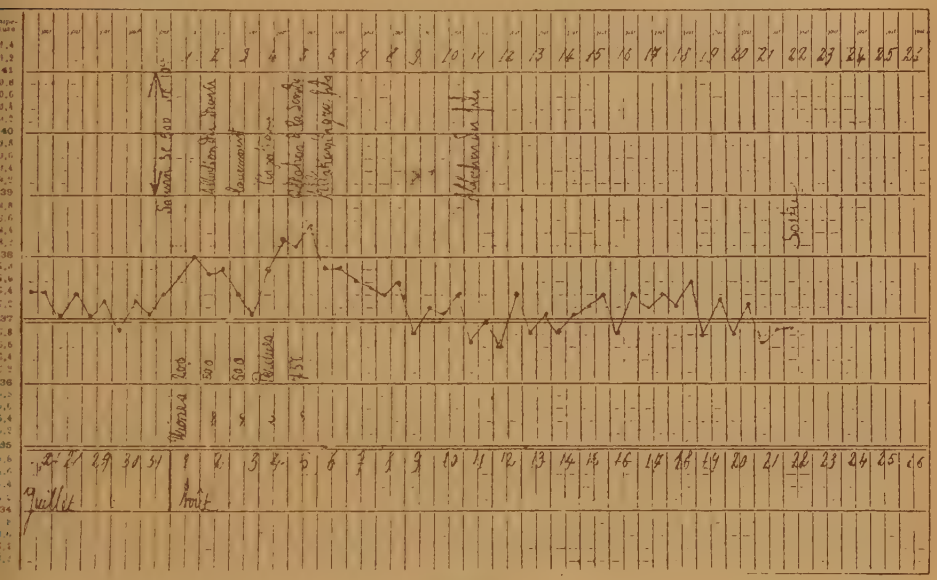
Suites opératoires. — Simples. La malade sort de l'hôpital le 21 août, soit 24 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — Revue quatre ans après l'intervention avec une récidive vésico-vaginale. Un gros nodule sur la paroi antérieure du vagin tout à fait en bas. Un bloc dur au fond du vagin.

Observation 50

Mlle Lom..., âgée de 42 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 24 juillet 1926. Présente depuis plusieurs mois des métrorragies rebelles.

Examen. — Gros col ulcéré au niveau de la lèvre postérieure.



N° 50

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux intermédiaire parakératosique.

Intervention le 31 juillet 1926. Anesthésie éther.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur. Fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères. Péritonisation et suture avec drain.

Suites opératoires. — Simples. Fit une petite poussée de température à 38°,5 le cinquième jour. Elle retomba par la suite. Est sortie le 22 août, soit 21 jours après l'intervention.

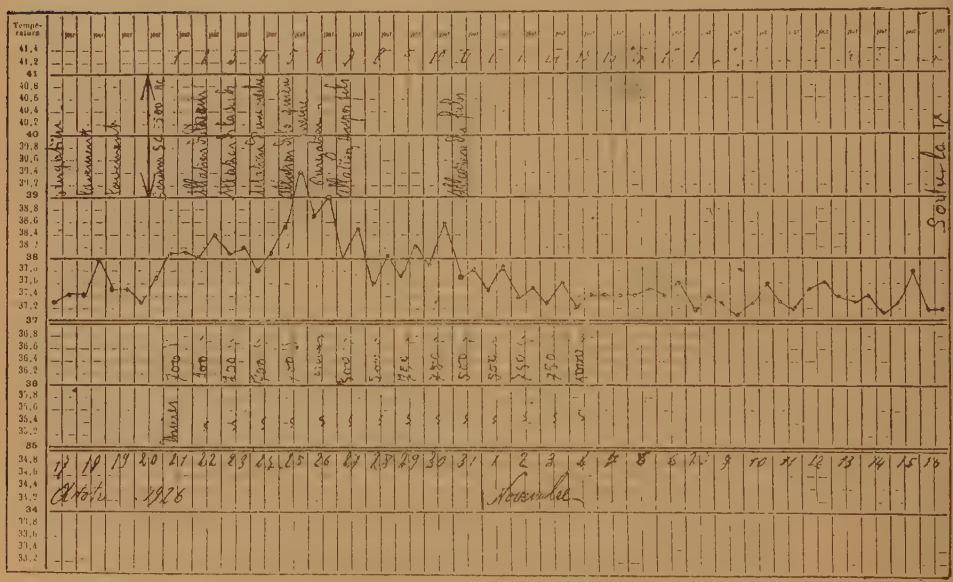
Suites éloignées. — A été revue quatre ans après se

plaignant de douleurs au niveau du bas-ventre depuis un mois mais on ne trouve aucun signe de récidive. Le bassin est absolument souple.

Observation 51

Mme Ci..., âgée de 40 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 9 octobre 1926. Depuis un an, hémorragies répétées et pertes roussâtres.

Examen. — Sur le bord gauche du col : tuméfaction à



N° 51

large base d'implantation avec ulcérations anfractueuses. Utérus gros complètement immobile. Pas de lésions annexielles perceptibles.

Biopsie. — Culs-de-sac glandulaires nombreux tourmentés et métaplasiques.

Intervention le 21 octobre 1926. Anesthésie rachidienne terminée par du chloroforme.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supé-

rieur. Décollement en avant et en arrière. Fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : de chaque côté, on trouve des lésions annexielles anciennes, surtout ovariennes, et des adhérences très dures et très serrées entre la face postérieure de l'utérus et antérieure du rectum.

Pensant à la possibilité d'adhérences cancéreuses, on sectionne le ligament rond, les pédicules utéro-ovariens, ayant ouvert les ligaments larges, on lie les pédicules utérins et l'on va retrouver le décollement vaginal. Dissection pénible du dôme vaginal. On finit par basculer en avant et en haut en liant les pédicules latéraux et en sectionnant de bas en haut la zone d'adhérences utéro-rectales. Drainage du foyer profond avec un drain et deux mèches. Péritonisation de chaque côté. Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Des plus satisfaisantes. Presque apyrétique les premiers jours, il y eut une poussée de température à 39° le 5e jour, puis la température est retombée à 37°. Est sortie de l'hôpital le 17 novembre, soit 26 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été complètement perdue de vue.

Observation 52

Mme Gai..., âgée de 34 ans. Entrée à l'Hôpital Cochin le 6 novembre 1926. A été traitée antérieurement par le radium pour un adénome kystique du col, avec îlots de tissu lymphoïde. Elle présente à nouveau des pertes.

Examen. — Col granuleux, irrégulier, dur, le corps utérin est légèrement augmenté de volume, mobile, on ne sent pas de lésions annexielles.

Intervention le 13 novembre 1926. Anesthésie rachidienne

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supérieur et fermeture des deux bouts après dissection en avant et en arrière.

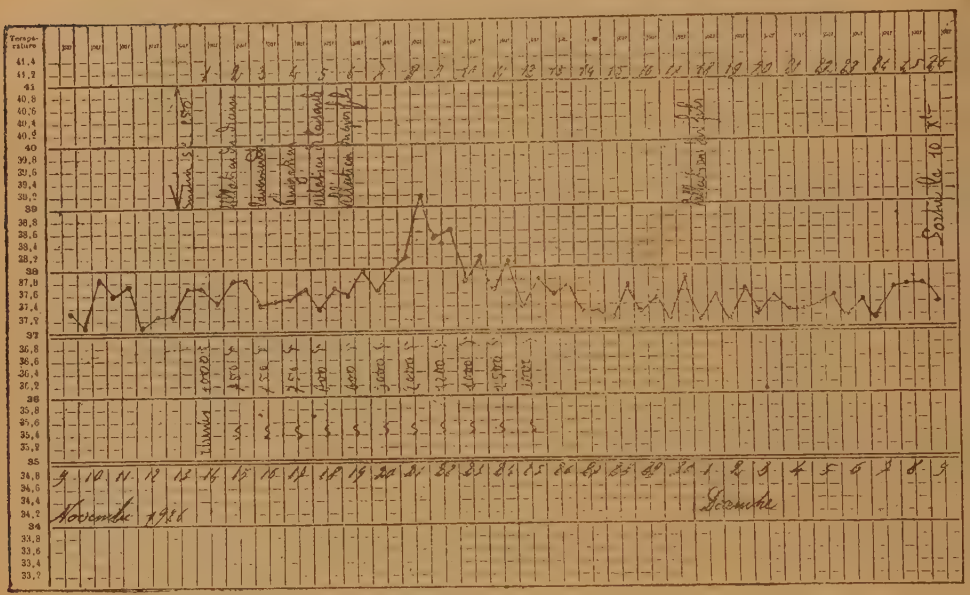
Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères des deux côtés. Péritonisation et suture avec drain.

Examen de la pièce. — La cavité cervicale semble obli-

térée par un bloc très dur infiltrant le col. Pas d'hématométrie Un petit myome intersticiel sur la face postérieure du corps utérin.

Examen histologique. — Epithélioma infiltré atypique.

Suites opératoires. — Très simples. Apyrexie jusqu'au 8e jour. Il y eut une poussé et hermique. La température est



N° 52

ensuite retombéep rogressivement. Est sortie le 9 décembre, soit 26 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — On a su que la malade était décédée au début de 1929 mais nous ignorons s'il s'agit d'une récidive.

Observation 53

Madame Ce... âgée de 54 ans, entrée à l'hôpital Cochin le 16 novembre 1926.

A subi, le 4 novembre 1926 l'ablation d'un polype du col que l'examen histologique a montré être un polype cancérisé sous la forme d'un épithélioma pavimenteux spino-cellulaire à globes cornés.

Intervention le 23 novembre 1926. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Section du vagin au tiers supérieur. Fermeture des deux bouts après dissection du bout supérieur.

Deuxième temps abdominal : Libération des adhérences annexielles comblant le douglas. Hystérectomie totale avec dissection des uretères rendue difficile par la sclérose inflammatoire des ligaments larges. Péritonisation et suture avec drainage.

Suites opératoires. — Simples. Est sortie le 9 janvier 1927.

Suites éloignées. — La malade a été perdue de vue.

Observation 54

Mme A .. âgée de 48 ans. Opérée dans une clinique de ville le 10 janvier 1927 pour un épithélioma très étendu de la cavité utérine.

Biopsie. — Epithélioma cylindrique en partie muco-secrétant.

Intervention le 10 janvier 1927.

Premier temps vaginal : Dissection d'une collerette vaginale et fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale mais on ne peut faire de dissection des uretères par suite de la présence d'amas graisseux sous-péritonéaux et d'altérations inflammatoires des annexes.

Suites opératoires. — Simples.

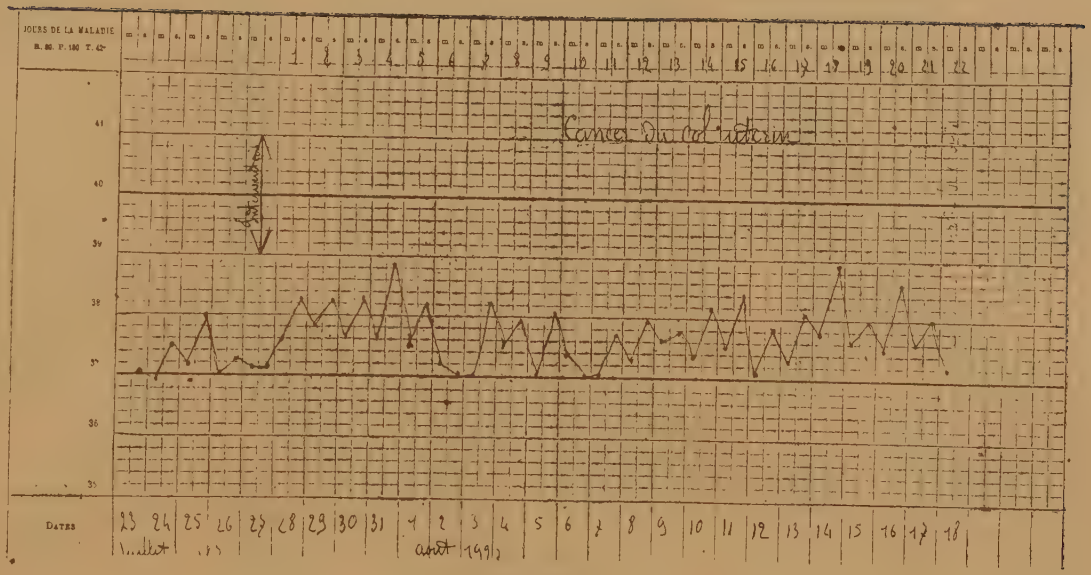
Suites éloignées. — La malade a été perdue de vue.

Observation 55

(Se reporter au chapitre VII).

Observation 56

Madame Ph... âgée de 52 ans. Entrée à l'hôpital Bichat le 20 juillet 1927 pour cancer végétant développé aux dépens de la lèvre postérieure du col.


JOURS DE LA MALADIE
Cancer du col utérin
41
40
39
38
37
36
35
DATES
23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
juillet
août

N° 56

Intervention le 27 juillet 1927. Anesthésie rachidienne terminée avec du schleich.

Premier temps vaginal : Section du vagin à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Fermeture des deux bouts après décollement en avant et en arrière.

Deuxième temps abdominal : Hystérectomie totale avec dissection des deux uretères et l'ablation large du paramètre. Pas de ganglions perceptibles. Péritonisation. Suture de la paroi et drainage.

Examen de la pièce.— Cancer développé aux dépens de la lèvre postérieure du col formant un gros champignon ulcéré mais infiltrant peu le col.

Suites opératoires.— Simples. Est sortie de l'Hôpital le 18 août 1927, soit 22 jours après l'intervention.

Suites éloignées.— Revue trois ans après en parfait état sans aucun signe de récidive.

Observation 57

Mme Br..., âgée de 58 ans. Entrée à l'Hôpital Bichat le 28 février 1928. Ménopause à 48 ans. Depuis le début de janvier, grosses hémorragies répétées.

Examen.— Col normal. Gros corps utérin, dur mais mobile. Pas d'annexes perceptibles.

Intervention le 12 mars 1928. Rachianesthésie.

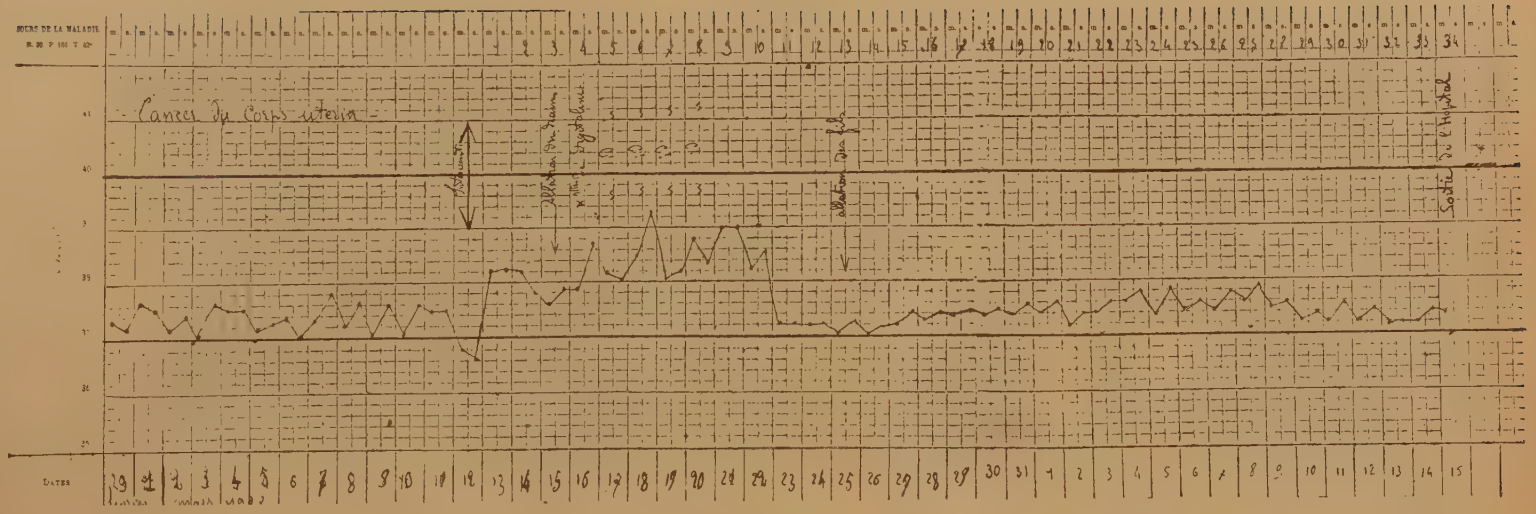
Premier temps vaginal : fermeture du vagin après dissection d'une collerette autour du col. Le bout inférieur est seulement fermé par trois points de catgut.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères. Péritonisation et suture avec drain.

Examen de la pièce.— Gros utérus, irrégulier, contenant dans ses parois plusieurs myomes et sur la muqueuse un petit polype muqueux avec des micro-kystes. Muqueuse saignotante légèrement ulcérée.

Suites opératoires.— Fit dans les jours qui ont suivi l'intervention des accidents fébriles avec accidents de défaillance cardiaque Le 11e jour, la température est retombée à la normale. La malade est sortie le 15 avril 1928.

Suites éloignées.— Revue en bon état dans le cours de la



No 57

2e année. Il n'y avait aucun signe de récidive. Elle a repris son poids normal.

Observation 58

Mlle Gr..., âgée de 53 ans. Entrée à l'Hôpital Bichat le 22 mars 1928 pour un cancer du col.

Intervention le 20 avril 1928. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Section du vagin à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen. Fermeture du bout supérieur. La dissection est possible en arrière, en avant elle est tout de suite arrêtée. Fermeture du bout inférieur

Deuxième temps abdominal : Quelques adhérences épiploïques aux annexes. Isolement de l'uretère droit et section de l'utérine à son origine. Un gros bloc ganglionnaire. occupe la partie inférieure externe du ligament large. La dissection n'est pas poussée jusqu'au bout. A gauche, dissection de l'uretère. Ligature de l'utérine. Bloc ganglionnaire moins important qu'à droite mais on n'arrive pas à trouver le plan de clivage avec la vessie. On peut le trouver plus bas en suivant les uretères et en décollant de bas en haut. Malheureusement, en achevant ce décollement, on coupe l'uretère droit à son entrée dans la vessie. On finit l'hystérectomie en liant et coupant les pédicules inférieurs. Puis, on fait une urétéro-cysto-néostomie. Suture du péritoine, drain, paroi en trois plan, sonde à demeure.

Suites opératoires. — La malade fit dans les jours suivants une fistule urétéro-vaginale. Elle sortit de l'hôpital sa fistule n'étant pas guérie le 1er juin 1928.

Suites éloignées. — A été revue 2 ans après, la fistule s'était tari quelques semaines après la sortie de l'hôpital. Importante récidive ganglionnaire iléolombaire des 2 côtés ; récidive pelvienne sans ulcération vaginale. Bloc dur, adhérent au-dessus et à droite de la cicatrice, gros amaigrissement.

Observation 59

Mme Sa..., âgée de 55 ans. Entrée à l'Hôpital Bichat le 14 mai 1928. Ménopause en 1926. Depuis deux mois, s'est remise à perdre. Est soignée en même temps pour diabète.

Examen. — Gros col utérin avec large ulcération, dure, sortant au niveau de l'orifice cervical et venant faire saillie sur la lèvre postérieure. Ulcération de dimension d'une pièce de deux francs : Utérus mobile. Culs-de-sac souples. La malade étant mise au repos et au régime, en quelques jours la glycosurie tombe et il n'y a pas trace d'acétone.

Intervention le 31 mai 1928. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin au-dessus du col. Fermeture du bout supérieur. Décollement en avant et en arrière. Fermeture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères. Ligature des utérines sur la paroi pelvienne. Ablation du paramètre. Péritonisation et suture avec un drain.

Examen de la pièce. — Toute la cavité intra-cervicale est le siège d'une vaste ulcération bourgeonnante débordant largement sur la lèvre postérieure.

Suites opératoires. — Il n'y eut pas de température dans les jours qui suivirent l'intervention. C'est à peine si on note 38° le soir du premier jour, mais apparition d'acétone dans les urines qui, sous l'influence du bicarbonate, va progressivement disparaître et disparaîtra définitivement le 10e jour. Est sortie de l'hôpital le 21 juin 1928, soit 21 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — La malade a été perdue de vue.

Observation 60

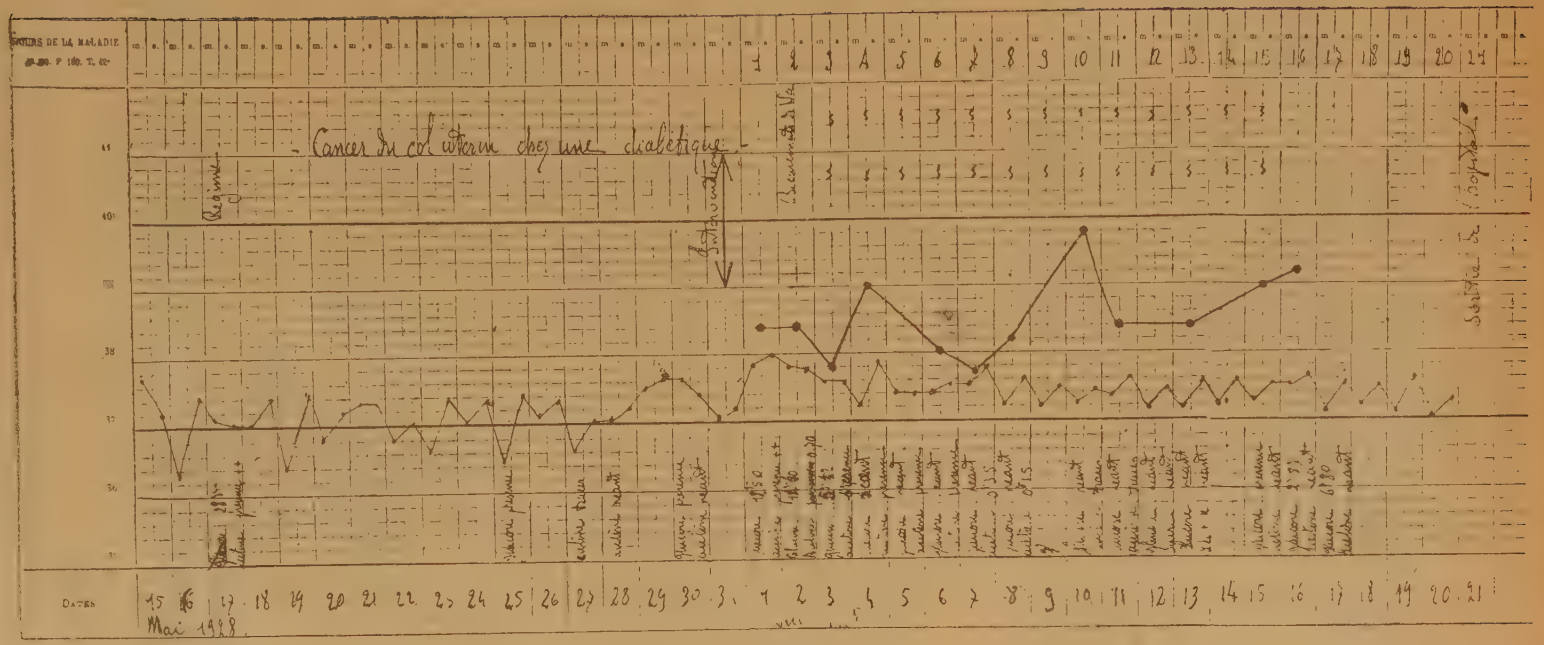
Mme Bu..., âgée de 33 ans. Entrée à l'hôpital Bichat le 27 novembre 1928. Elle présente depuis 1 mois des pertes abondantes provoquées par le moindre traumatisme et des pertes fétides.

Examen. — Col entr'ouvert, dur, avec masse bourgeonnante friable sur la lèvre antérieure. Lèvre postérieure déchiquetée et dure. Utérus petit, rétroversé et mobile. Les culs-de-sacs paraissent libres.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux spino-cellulaire à évolution cornée excessive.

Intervention le 12 décembre 1928. Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : section du vagin au tiers supé-


Cancer du col utérin chez une diabétique
Régime
Opération
Sortie
DATES
Mai 1928

rieur. Fermeture et dissection du bout supérieur. Fermeture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie avec dissection des uretères ; suivant la technique habituelle, péritonisation et suture en trois plans après interposition d'un drain.

Suites opératoires. — La malade fit le lendemain de l'intervention une poussée thermique à 39°, puis la température est retombée à 37°. Est sortie de l'hôpital le 12 janvier 1929, soit 30 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue dans le cours de la première année. Paraissant en bon état. Ayant engraissé. On trouve cependant le long de la paroi pelvienne un cordon légèrement sensible.

Observation 61

Mlle Tou..., âgée de 42 ans. Entrée le 18 décembre 1928 à l'Hôpital Bichat, pour cancer du col utérin.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux du type malpighien avec quelques enroulements, passablement de mitoses et de monstruosités nucléaires.

Intervention le 31 décembre 1928. Anesthésie rachidienne terminée par du Schleich.

Premier temps vaginal : Section du vagin au tiers supérieur. Fermeture du bout supérieur. Isolement en avant et en arrière. Fermeture du bout inférieur.

Deuxième temps abdominal : Gênée par une salpingite bilatérale avec adhérences. Dissection des uretères et section des artères utérines. A droite, un ganglion volumineux dans la base du ligament large. Paramètre un peu scléreux des deux côtés. Péritonisation, suture avec drainage.

Suites opératoires. — Simples. Est sortie de l'hôpital le 5 février 1929, soit 36 jours après l'intervention.

Suites éloignées. — A été revue dans le cours de la première année. Sans signe de récidive.

Observation 62

Mme d'A..., âgée de 56 ans. Opérée en ville le 25 février 1929. Epithélioma limité du col utérin. Mobilité parfaite. Aucune infiltration.

N° 60

Biopsie. — Boyaux type baso-cellulaires évolutifs avec dégénérescence centrale des boyaux les plus gros. Par places, faible sécrétion mucipare. Nombreuses mitoses.

Intervention le 25 février 1929. Anesthésie rachidienne insuffisante. Chloroformisation.

Premier temps vaginal : section d'une collerette vaginale au tiers supérieur.

Deuxième temps abdominal : grosse difficulté par suite de la distension gazeuse de l'intestin et d'une mauvaise anesthésie. On se trouve dans l'impossibilité de disséquer les uretères. Péritonisation. Suture avec drainage.

Suites opératoires. — Guérison opératoire sans incidents.

Observation 63

Mme F..., âgée de 46 ans. Opérée en ville le 26 mars 1929 pour un épithélioma du col utérin limité et mobile.

Anesthésie rachidienne.

Premier temps vaginal : Section du vagin à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection des uretères. Péritonisation et suture avec drain.

Suites opératoires. — Guérison opératoire sans incidents.

Observation 64

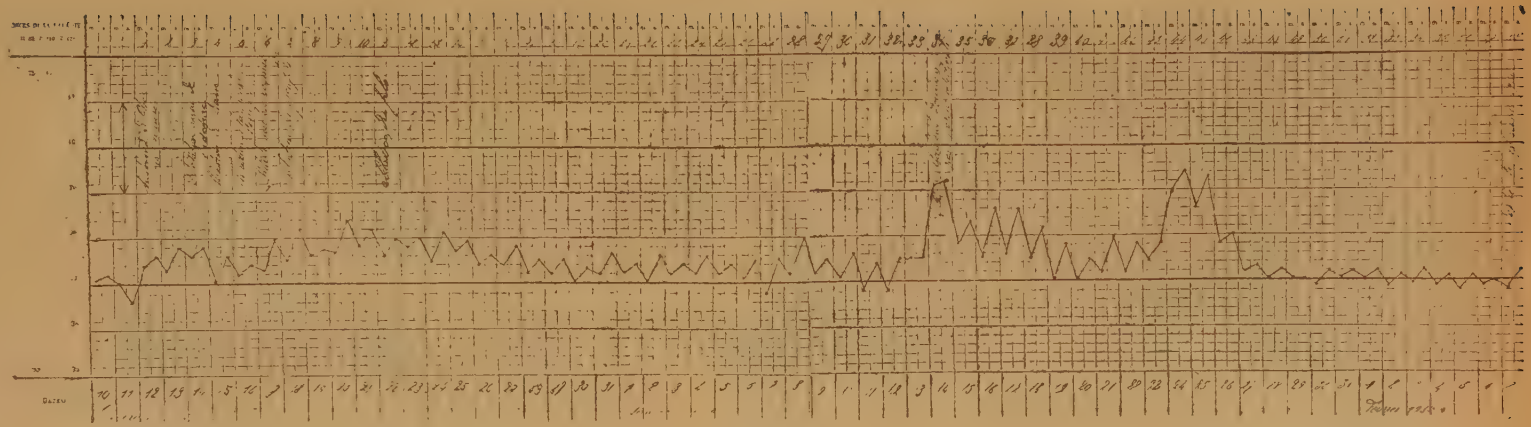
Mlle G.... âgée de 31 ans. Entrée à l'hôpital Bichat le 1er décembre 1929. Depuis septembre, elle présentait des pertes, rouges, abondantes. Malade présentant d'autre part, depuis quatre ans un pneumothorax.

Examen. — Ulcération étendue du col empiétant sur les culs-de-sac droits. Mobilité utérine légèrement diminuée.

Intervention le 11 décembre 1929. Anesthésie rachidienne terminée par le Schleich.

Premier temps vaginal : section du vagin à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Dissection du bout supérieur. Fermeture des deux bouts.

Deuxième temps abdominal : hystérectomie totale avec dissection difficile des uretères. Bassin profond, à droite ; dissection très difficile par suite d'une infiltration de la base



№ 64

du ligament large et d'un suintement sanguin abondant.

L'uretère est dénudé sur une très grande étendue. A gauche, infiltration de la base du ligament, libération plus facile. Ligature le plus loin possible des ligaments utéro-sacrés. Péritonisation mais le surjet péritonéal reste à distance du fond du bassin. Suture avec drainage.

Examen de la pièce. — Large ulcération du col, empiétant à droite sur le cul-de-sac vaginal. Le paramètre apparaît comme infiltré. Il existe un ganglion à droite près du coude de l'utérine.

Suites opératoires. — Bien que la température soit sensiblement normale, la malade fit des accidents répétés. Le soir de l'opération, des accidents de chocs brutaux, le lendemain de l'opération nouveaux accidents de chocs avec pouls absolument uniforme et incomptable et pose respiratoire. Le troisième jour, elle fit des accidents de dilatation gastrique. Le 6e jour, apparût une fistule urétéro-vaginale. Le 14 janvier, 33 jours après l'intervention, elle fit des accidents de paralysie intestinale qui ne cédèrent qu'à l'hypophyse. Elle est sortie de l'hôpital le 17 février 1930, la fistule continuant à donner.

Observation 65

Mme de V..., âgée de 35 ans. Entrée à l'hôpital Bichat le 17 février 1930.

Douleurs lombaires, métrorragies abondantes, répétées presque continues, survenant au moindre contact. En mai 1927 avait subi à l'hôpital Beaujon une myomectomie et l'ablation d'un kyste du ligament large gauche. 3 mois après dans ce même hôpital ablation d'un polype cervical dont l'examen histologique aurait été fait.

Examen. — Utérus mobile, de volume normal, culs-de-sac normaux.

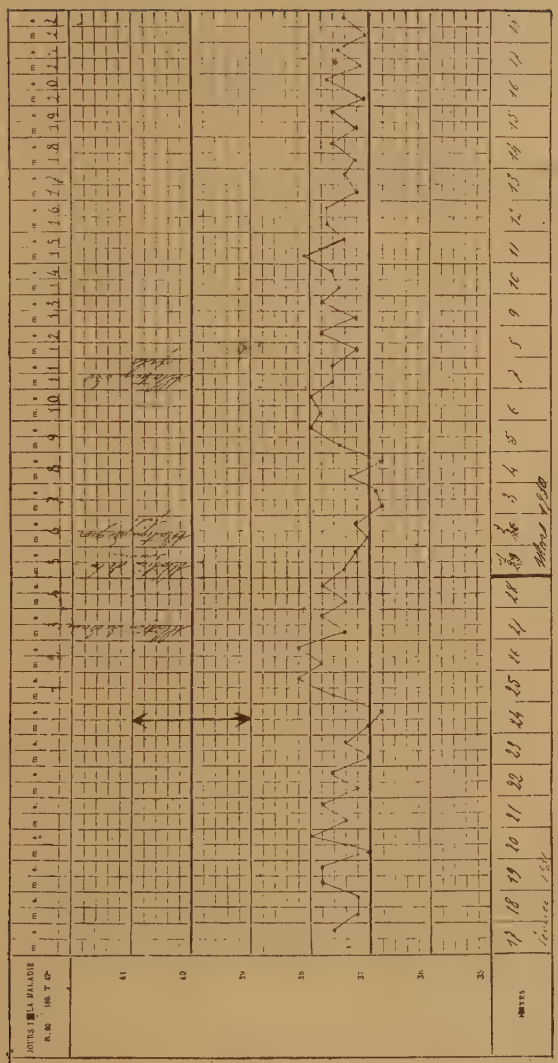
Masse bourgeonnante et saignante sur la lèvre antérieure du col. Lèvre postérieure apparence saine.

Intervention le 24 février 1930.

Anesthésie rachidienne terminée avec du Schleich.

1° Temps vaginal : Section et fermeture du vagin.

2° Temps abdominal : Opération de Wertheim avec libé-



N° 65

ration des uretères. Péritonisation, drainage sus-pubien. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un cancer intra-cervical ayant débordé sur la lèvre antérieure. Epithélioma du type glandulaire cylindrique.

Suites opératoires. — Très simples c'est à peine si la température atteint 38° les 2 jours qui suivent l'intervention.

Sortie de l'hôpital le 18 mars 1930 soit 24 jours après l'intervention.

CONCLUSIONS

Nous pensons et nous nous sommes efforcés de démontrer que la colpo-hystérectomie élargie par voie combinée vagino-abdominale est une excellente opération dans les cas de cancer du col de l'utérus.

1° Qu'elle n'est ni plus longue ni plus grave qu'une opération de Wertheim type par voie abdominale.

2° Que la suture en premier du vagin met à l'abri des souillures du paramètre et permet d'enlever l'utérus comme un sac septique fermé.

3° Que cette section vaginale permettant l'ascension de l'utérus favorise l'ablation élargie du paramètre simplifie et raccourcit l'opération.

4° Que la péritonisation du bassin constitue un réel avantage en simplifiant de façon considérable les suites opératoires. Mais on ne saurait évidemment être systématique et dans les cas douteux mieux vaudrait sans doute revenir au Mickulicz.

5° Que le danger d'infection toujours redoutable dans une opération du cancer du col de l'utérus se

trouverait, grâce à cette technique du vase clos, passer tout à fait au second plan, il apparaît qu'il n'y a guère alors à redouter que le choc, le danger d'hémorragie évidemment possible *à priori* mais ne paraissant pas jusqu'ici justifié par les faits.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse.
P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas en vue de faire la bibliographie complète du Wertheim. Ce sujet serait une ampleur considérable étant donné l'abondance des publications. Nous nous sommes bornés à consulter un nombre relativement restreint de travaux parmi les plus récemment publiés.

Aisopos. — Le traitement du cancer du col par l'hystérectomie abdominale élargie. *Thèse de Lyon*, 1916.

Albertin (R.). — Contribution à l'étude du traitement du cancer du col utérin. *Thèse de Lyon*, 1927.

Albertin. — Réflexions sur 310 cas d'opérations de Wertheim pour cancer utérin. *Lyon Chirurgical*, t. XXV, n° 6, novembre et décembre 1928.

André. — Le drainage abdominal par la méthode du Mickulicz. *Thèse de Paris*, 1926.

Ash (R.). — A propos de la technique de l'opération de Wertheim. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1926, n° 39.

Berard et Santy. — Hystérectomie après curiethérapie pour cancer du col de l'utérus. *Lyon chirurgical*, t. XIX, novembre-décembre 1922.

Berge. — Drainage à la Mickulicz en chirurgie gynécologique. *Thèse de Bordeaux*. 1927.

Bonney (V.). — L'opération abdominale radicale pour cancer du col, résultats de 100 cas basés sur 5 années sans récidive. *The British Medical Journal*, 1921, n° 3183.

— *British medical journal*. Résultats du traitement du cancer du col utérin (n° 3474 du 6 août 1927, p. 228).

Bumm (E). — Sur le traitement du champ opératoire dans l'opération radicale pour cancer du col. *Zentralblatt für Gynäkologie*, t. XXXVII, janvier 1913.

Cadenat et Patel. — Le drainage en chirurgie abdominale.

Rapport au XXXVI^e Congrès Français de Chirurgie, 1927.

Chevassu. — Colpohystérectomie pour cancer du col de l'utérus. *Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*, t. III, p. 197.

Clauberg. — Les résultats éloignés du traitement du cancer du col à la Clinique Gynécologique de l'Université de Kiel, 1917-1922. *Zentralblatt für Gynakologie*, an LIII, n° 36, 7 septembre 1929.

Dalsgaarg-Nielsen (T.). — 164 cas de cancers de l'utérus. *Hospitalstidende*, an LXIX, n° 3, janvier 1926.

Delagennière (Y.). — Récidive vaginale 22 ans après l'hystérectomie. *Bulletin pour l'Association Française pour l'étude du cancer*, mai 1927.

Delbet (Pierre). — Discussion sur la colpohystérectomie par voie combinée. *Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*, t. III, p. 207.

Desplas (B.). — Indications techniques et soins consécutifs à l'opération de Wertheim pour cancer du col utérin *Journal de Chirurgie*, t. XIX, 1922.

Douay. — Hystérectomie large pour cancer du col. Quelques points de la technique opératoire du Pr. J.-L. Faure. *Gynécologie et Obstétrique*, 1924.

Dumitriu. — Hystérectomie abdomino-vaginale dans le cancer du col. *Revista de Chirurgie*, Bucarest, n° 3, mars 1929.

Duval (Pierre). — Une observation du cancer du col de l'utérus opérée par la méthode combinée périnéo-abdominale. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 13 juin 1908, p. 573.

— A propos du Mickulicz *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1927, p. 215.

Farabeuf (L. H.). — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis. Paris, 1905.

Farrar Cobb. — Résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale pour cancer du col utérin avec une proportion remarquable de guérisons après 5 ans. *The Journal of the American Medical Association*, t. LXXIV, n° 1, janvier 1920.

Faure (J.-L.) et Siredey. — Traité de gynécologie médico-chirurgical. Paris, 1928.

Faure (J.-L.). — Le cancer de l'utérus. Paris, 1925.

— Traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale élargie. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1061, 1913.

— Sur le traitement du cancer du col de l'utérus par l'hys-

térectomie large. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 24 mars 1920, p. 502.

— Supériorité de l'hystérectomie élargie. Récidives fréquentes après la curiethérapie. *Annales de médecine et de Chirurgie*, I, 1927-1928.

Faure (J.-L.). — Le drainage systématique à la Mickulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 10 décembre 1923.

— Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, mai 1924.

Fletshershaw (W.). — Results of 76 hysterectomies (Wertheim's) Perform 5 or more years ago. *Lancet*, 10 septembre 1927.

Forgue. — Rapport au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française. Bruxelles, 1919.

— Quels sont les cancers du col utérin qui doivent continuer à appartenir à la chirurgie ? *Le Sud Médical et Chirurgical*, an LIX, n° 2069, 15 mars 1927.

Forgue et Massabuau. — Traité de Gynécologie.

Fourmestraux (De). — Hystérectomie large dans le cancer de l'utérus. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 8 juillet 1925.

— La diathermo-coagulation pré-opératoire dans le traitement chirurgical dans le cancer du col de l'utérus. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 30 janvier 1929.

Fourmestraux (De) et Fredet. — La diathermo-coagulation pré-opératoire dans le traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. *Archives Médico-chirurgicales de Province*, An. XIX, n° 4, avril 1929.

Fruchaud (H.). — Quelques remarques sur le traitement du cancer du col de l'utérus. Résultats personnels. *Archives Médicales d'Angers*, novembre 1929.

Grandclaude et Liegeois. — Contribution à l'étude bactériologique des états infectieux surajoutés dans le cancer du col de l'utérus. *Presse Médicale*, XXXVI, 6 octobre 1928.

Grandclaude et Wickham. — Traitement des états infectieux surajoutés dans le cancer du col de l'utérus. *Association Française pour l'étude du cancer*, 15 avril 1929.

Gosset (A). et Monod (R.). — La part actuelle de la chirurgie dans le cancer de l'utérus. *Paris médical*, An. XIV, n° 7, 16 février 1924.

Grégoire. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. Région lombaire et petit bassin, t. III.

Haller. — Cancer du col de l'utérus à propos de son traitement

chirurgical. *Société des Chirurgiens de Paris*, 18 novembre 1927.

Hartmann, Aitoff, Fabre. — Vaccinothérapie locale des cancers sphacélés du col utérin. *Presse médicale*, n° XXV, 27 mars 1929

Jaschke. — Sur l'opération radicale par voie abdominale élargie (Wertheim) du cancer du col. *Zentralblatt für Gynäkologie*. An. LIII, n° 22, 1er juin 1929.

Jeanneney. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*. An. XXIV, mai 1929.

Keller. — Les complications post-opératoires après hystérectomie élargie pour cancer du col utérin. *Gynécologie et Obstétrique*, t. XX, n° 1, juillet 1929.

Lecène. — Remarques sur la technique de la colpohystérectomie abdominale pour cancer du col de l'utérus. *Journal de Chirurgie*, 1910.

Lecène et Leriche. — Thérapeutique chirurgicale, t. III. Paris, 1926.

Leich. — L'uretère dans le cancer du col. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, t. LXII, 1910, p. 314-320.

Leveuf et Godart. — Lymphatique de l'utérus. *Revue de Chirurgie*, t. XLIII, n° 3, 1923.

Luys. — Importance de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1913.

Lynch. — Traitement du cancer du col de l'utérus. Résultats au bout de 5 ans. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. LXXXVII, n° 21, 20 novembre 1926, p. 1700-1704.

Martzloff. — Cancer du col de l'utérus *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, vol. XXXIV, n° 388, juin 1923, p. 184-195.

— Cancer du col de l'utérus. Son traitement chirurgical. Les données essentielles à l'établissement d'un pronostic opératoire. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. XLVII, n° 2, août 1928, p. 183-200.

Mayer. — Dissection de l'uretère et de l'artère utérine dans l'extirpation élargie du cancer du col de l'utérus. *Zeitschrift für geburstshilfe Gynäkologie*, t. LXXV, fasc. 2.

Mocquot (P.). — A propos du Mickulicz. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1927, p. 215.

Monod (R.). — Résultats thérapeutiques obtenus dans 75 cas de cancers cervico-utérins par l'Association du radium et

de la Chirurgie. *Travaux de la Clinique Chirurgicale et du Centre anti-cancéreux de la Salpêtrière*, 2e série, 1927.

Mosse. — Conditions d'opérabilité du cancer du col. *Presse Médicale*, 27 février 1924.

Muller. — Cancer du col de la matrice, radiothérapie pré-opératoire. Hystérectomie large de Wertheim. *Progrès Médical*, n° 29 du 16 juillet 1927.

Mutermilch et Lavedan. — Traitement des infections secondaires des cancers et principalement des cancers du col utérin par les auto-vaccins locaux. Laboratoire Pasteur. Institut du radium, 1923, comptes rendus de la Société de Biologie.

Noel. — De la prophylaxie et du traitement de l'infection dans le cancer du col utérin. *Thèse de Bordeaux*, 1926.

Orthner. — Une modification extra-péritonéale de l'opération de Wertheim. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLI, n° 9, 1er mars 1928, p. 305.

Prades. — Ligature préventive des deux artères hypogastriques dans l'hystérectomie abdominale totale. *Thèse de Bordeaux*, 1925.

Proust et Charrier. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme. *Précis de technique opératoire*, 1922.

Proust et Maurer. — Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer. *Journal de Chirurgie*, 1913.

Philipp et Gornick. — Le traitement du cancer de l'utérus et du vagin à la Clinique gynécologique de l'Université de Berlin. *Münchener Medizinich Wochenschrift*, t. LXXIII, n° 7, 12 février 1926, p. 272-275.

Piccardo. — L'opération de Wertheim dans le traitement du col utérin *La Semana Medica*, an XXXIV, n° 32, 11 août 1927, p. 333-382.

Quenu et Duval — Technique opératoire. La colpohystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdominale. *Revue de Chirurgie*, 1908, t. XXXVII, p. 750-760.

— Ligature bi-latérale de l'artère hypogastrique par voie transpéritonéale. *Revue de Chirurgie*, t. XVIII, 1898.

Regaud et Mutermilch. — L'infection secondaire des cancers. *Paris Médical*, 3 février 1923.

Sante-Solieri. — L'hystérectomie vagino-abdominale dans le cancer du col de l'utérus. *Annali Italiani di Chirurgia*, 11e année, n° 2, 20 février 1923.

Schiller. — Badigeonnage à l'iode et curettage du cancer du

col. *Zentralblatt für Gynäkologie*, nº XVII, 27 avril 1929.

Schmidt. — Le traitement opératoire du cancer utérin opérable combiné à l'irradiation. *Medizinische Klinik*, An. XXV, nº 16, 19 avril.

Schweitzer. — Technique de l'opération de Wertheim-Zweifel pour cancer du col de l'utérus. *Archiv. für Gynäkologie*, t. CXIV, nº 2.

— Résultats de l'opération de Wertheim-Zweifel dans le cancer du col de l'utérus. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1921, t. XLV, nº 9.

— Les moyens d'améliorer le pronostic immédiat de l'opération du cancer du col de l'utérus. *Arch. für Gynäkologie*, 1921, t. CXIV.

Siredey. — Diagnostic précoce du cancer du corps utérin. Faut-il, dans les cas douteux, faire un curettage explorateur? *Société des Chirurgiens de Paris*, 3 mai 1929.

Smith (Van S.), Smithwich (Rh.), Rogers (H). — Les cas de cancer du col traité à l'Hôpital libre pour les femmes de Boston entre 1875 et 1927. *American Journal of Obstétrics and Gynecology*, vol. XV, nº 5, mai 1928.

Smith (Van S.) et Grianell (Rh.). — Carcinome du corps de l'utérus. Etude des cas traités entre 1875 et 1927 à l'Hôpital libre pour les femmes de Boston. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, vol. XV, nº 6, juin 1928.

Société de chirurgie de Paris. — Discussions sur le drainage abdominal par MM. J.-L. Faure, Quénu, Savariaud, de Fourmestrau, Lapointe, Chevrier, Basy, Auvray, Sauvé, Lecène, Berger, Duval, Mocquot, Toupet (1919-1920, 1924, 1925, 1926, 1927).

Spincer. — Progrès réalisés dans le traitement du cancer du col utérin. *British Medical Journal*, 31 mars 1928.

Sussmann. — La mortalité primitive dans l'opération de Freund-Wertheim. *Zentralblatt für Gynäkologie*, t. XLVII, nº 18, 5 mai 1923.

Taylor (Hc.) et Peightal (Th. C.). — Résultats finaux de 201 cas de cancers du col. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. VIII, nº 3, septembre 1924.

Tesson (R.). — Le cancer du corps utérin. *Thèse de Paris*, 1902.

Violet. — Les résultats éloignés de l'opération de Wertheim dans les cancers du col utérin. XXXVII[e] Congrès Français de Chirurgie.

Villard. — Au sujet du Mickulicz. *Lyon Chirurgical*, 1927.

WAGNER. — L'opération radicale par voie abdominale du cancer du col utérin d'après Wertheim. *Der Chirurg.*, an. 1, fasc. 2, 20 novembre 1928.

WEIBEL (W.). — 25 ans d'opérations de Wertheim dans le cancer du col. *Archiv. für Gynäkologie*, 13 novembre 1928, t. CXXXV, 1er fasc.).

WERNER. — L'opération de Wertheim pour cancer du col utérin. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. XLVI, n° 3, mars 1928.

WILLE (J. C.). — Résultats du traitement opératoire du cancer du col à la Clinique de la Charité dans les années 1916 à 1920. *Zentralblatt für Gynäkologie*, An. II, n° 1, janvier 1927.

930. – Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 6-1930